O Clássico e o Novo

tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde

O Clássico e o Novo

tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde

Paulete Goldenberg
Regina Maria Giffoni Marsiglia
Mara Helena de Andréa Gomes

Organizadoras

ISBN: 85-7541-025-3

Capa e editoração eletrônica
Angélica Mello

Projeto gráfico
Angélica Mello e Daniel Pose

Revisão
Janaina S. Silva e Fani Knoploch

Preparação de originais e copidesque
M. Cecilia G. B. Moreira

Catalogação-na-fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

G618c Goldenberg, Paulete (Org.)

O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde / Organizado por Paulete Goldenberg, Regina Maria Giffoni Marsiglia, Mara Helena de Andréa Gomes. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2003.

444 p., tab., graf.

1. Política de Saúde. 2. Política Social. 3. Iniqüidade na Saúde. 4. Qualidade de Vida. I. Goldenberg, Paulete(Org.) II. Marsiglia, Regina Maria Giffoni. III. Gomes, Mara Helena de Andréa.

CDD- 20.ed. – 362.1

2003
Editora Fiocruz
Av. Brasil, 4036 – 1º andar – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tels.: (21) 3882-9039 e 3882-9007
Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br
http://www.fiocruz.br

Autores

Bader Burihan Sawaia

Socióloga, doutora em Psicologia Social. Professora titular do Departamento de Sociologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Coordenadora da Pós-Graduação de Psicologia Social e do Núcleo de Estudos Psico-Sociais da Dialética da Exclusão da PUC-SP – badbusaw@puc.sp.br

Carlos Minayo-Gómez

Sociólogo, doutor em Ciências. Pesquisador titular da Escola Nacional de Saúde Pública-Fundação Oswaldo Cruz (Ensp-Fiocruz) – minayogo@ensp.fiocruz.br.

Ceci Vilar Noronha

Socióloga, doutora em Saúde Pública. Professora adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-Ufba) – ceci@ufba.br

Charles Levenstein

Economista, doutor em Economia. Professor do Departmento de Work Environment da Universidade de Massachusetts Lowell (EUA) – Charles_Levenstein@uml.edu

Edir Pina de Barros

Antropóloga, doutora em Antropologia com pós-doutorado na área. Professora do Departamento de Antropologia e do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (Cuiabá) – edirpina@terra.com.br

Eduardo Navarro Stotz

Sociólogo, doutor em Ciências. Pesquisador titular da Ensp-Fiocruz – stotz@alternex.com.br

Eduardo Paes Machado

Sociólogo, doutor em Ciências Humanas. Professor do Departamento de Sociologia do ISC-Ufba e professor visitante da Universidade de Massachusetts Lowell (EUA) – epm@ufba.br

Estela María García de Pinto da Cunha
Socióloga, doutora em Saúde Pública com pós-doutorado na área. Pesquisadora do Núcleo de Estudos de População da Universidade Estadual de Campinas (Nepo-Unicamp) – maria@nepo.unicamp.br

Everardo Duarte Nunes
Cientista social, doutor em Ciências. Professor associado do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp – evernunes@uol.com.br

Francisco Antonio de Castro Lacaz
Médico, doutor em Medicina. Professor adjunto do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM) – franlacaz@medprev.epm.br

Francisco Maria Cavalcanti de Oliveira
Cientista social, doutor em Ciências Sociais com pós-doutorado em Sociologia. Coordenador científico do Centro de Estudos de Direitos de Cidadania da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (FFLCH-USP) – chicool@uol.com.br

Gabriel Cohn
Sociólogo, livre-docente. Professor titular do Departamento de Ciência Política da FFLCH-USP e pesquisador do Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (Cedec) – gcohn@usp.br

Graham S. Pearson
Químico, Ph.D. em Química. Professor visitante do International Security Department of Peace Studies da University of Bradford (Grã-Bretanha) – Granham_Pearson@compuserve.com.

José Divino Lopes Filho
Nutricionista, doutor em Saúde Pública. Professor e coordenador do Curso de Nutrição da Universidade do Triângulo, Uberlândia (MG) – divino@nitmg.com.br

Lucila Scavone
Socióloga, doutora em Sociologia. Professora do Departamento de Sociologia da Universidade do Estado de São Paulo (Araraquara) – lucsca@uol.com.br

Luis David Castiel
Médico, doutor em Saúde Pública. Pesquisador titular do Departamento de Epidemiologia da Ensp-Fiocruz – castiel@ensp.fiocruz.br

Luís Eduardo Batista
Sociólogo, doutor em Sociologia. Pesquisador do Núcleo de Investigação da Saúde da Mulher e da Criança do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – ledu@isaude.sp.gov.br

Maria Cecília de Souza Minayo
Socióloga e antropóloga, doutora em Saúde Pública. Pesquisadora titular da Fiocruz – cecilia@claves.fiocruz.br

Maria Helena Villas Bôas Concone

Antropóloga, doutora e livre-docente em Antropologia. Professora da Pós-Graduação em Ciências Sociais da PUC-SP – mhvbc@pucsp.br

Maria Luiza Heilborn

Antropóloga, doutora em Antropologia com pós-doutorado na área. Professora adjunta do Departamento de Políticas e Instituições de Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-Uerj) – heilborn@uerj.br

Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

Psicóloga, doutora em Saúde Coletiva. Membro do Colegiado Diretivo do Colégio de Psicanálise da Bahia – mtdac@ufba.br

Naomar de Almeida Filho

Médico, Ph.D. em Epidemiologia. Professor titular e diretor do ISC-Ufba. Professor visitante do Department of Health and Social Behavior, Harvard School of Public Health – naomar@ufba.br

Regina Bodstein

Socióloga, doutora em Ciências. Professora e coordenadora de pesquisa do Departamento de Ciências Sociais da Ensp-Fiocruz – bodstein@ensp.fiocruz.br

Roberto Briceño-León

Sociólogo, Ph.D. em Ciências Sociais. Professor titular da Universidad Central de Venezuela e diretor do Laboratório de Ciencias Sociales (Lacso) – bricenoleon@yahoo.com

Rosimary Gonçalves de Souza

Assistente social, mestre em Saúde Pública. Professora assistente da Faculdade de Serviço Social-Uerj – rgdsouza@uol.com.br

Simone Monteiro

Psicóloga, doutora em Saúde Pública. Chefe e pesquisadora adjunta do Laboratório de Educação Ambiental e Saúde do Departamento de Biologia do Instituto Oswaldo Cruz-Fiocruz – msimone@ioc.fiocruz.br

Solon Magalhães Vianna

Odontológo e sanitarista, livre-docente em Saúde Pública. Consultor – solon@yawl.com.br

Vera Schattan Ruas Pereira Coelho

Socióloga, doutora em Estado e Políticas Governamentais. Pesquisadora do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap-SP) – vera@cebrap.org.br

Victor Vincent Valla

Educador, doutor em História da Civilização Brasileira com pós-doutorado em Saúde Pública. Pesquisador titular do Departamento de Endemias Samuel Pessoa da Ensp-Fiocruz – valla@ensp.fiocruz.br

Organizadoras

Paulete Goldenberg

Socióloga, mestre em Ciências Sociais e doutora em Saúde Pública com pós-doutorado em Epidemiologia e Avaliação de Serviços. Professora adjunta do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia do Departamento de Medicina Preventiva e do Programa de Ensino em Ciências da Saúde do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Unifesp-EPM – paulete@medprev.epm.br

Regina Maria Giffoni Marsiglia

Socióloga, mestra e doutora em Ciência Política. Professora adjunta do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e assistente-doutora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-SP – regimarsiglia@ig.com.br

Mara Helena de Andréa Gomes

Cientista social, mestre em Antropologia, doutora em Sociologia Política com pós-doutorado em Sociologia. Professora adjunta do Departamento de Medicina Preventiva da Unifesp-EPM – maga@medprev.epm.br

Sumário

Apresentação

Se quisermos destacar uma característica entre tantas a partir do leque de questões que preocupam as ciências sociais no campo da saúde, podemos apontar a ausência de ortodoxia, ou, o que nem sempre significa a mesma coisa, um panorama eclético. A partir desta percepção é que podemos pensar em um mapeamento dos textos desta coletânea, constituída por vários trabalhos apresentados no 2º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, realizado em São Paulo, em dezembro de 1999, que teve por tema as 'Tendências, Objetos e Abordagens' desta área de conhecimento.

Em geral, os desafios intelectuais em torno das tendências e abordagens neste campo vêm chamando a atenção para a dinâmica globalização-localização, para as rupturas e continuidades entre a modernidade e a pós-modernidade, indicando a necessidade de conceitos que dêem conta desses processos, insinuando e sinalizando para propostas de reflexões que podemos denominar de metateóricas. O fato é que para estes tempos, mesmo tomadas no seu conjunto, as ciências sociais não dão conta da complexidade dos processos analisados. Daí o apelo cada vez mais contundente para o desenvolvimento de estudos multidisciplinares. Diga-se, aliás, que as ciências sociais em saúde exigem mesmo essa direção de análise nas pesquisas que realiza.

Do percurso de concepção da ovelha Dolly à clonagem, passando pelos meios de comunicação (imprensa falada e escrita) e pela dramaturgia, um processo paralelo ocorreu no tocante à popularização de questões relacionadas não só ao triunfalismo das conquistas tecnocientíficas, mas também sobre suas repercussões no plano ético-moral,

nas formas de sociabilidade e nas variadas maneiras de simbolizá-las. Não se trata de reprovar o fato de essas questões serem popularizadas, ao contrário, mas problematizar as formas tão diversificadas de divulgação dessas 'aquisições', seguindo a constatação feita por Gabriel Cohn na primeira parte desta coletânea: "mas a mudança se faz, na sociedade e no seu estudo, e cabe a nós o exercício de lucidez de vê-la em todos os seus tons".

De fato, tanto no âmbito das ciências sociais quanto na sua relação com a perspectiva da saúde, temos assistido a mudanças que, menos por sua radicalidade do que pelas perspectivas de interpretação, promovem buscas sempre renovadas de explicação. Estará aí o 'dom da eterna juventude', invocado por Cohn ao retomar Weber? A propósito de outra questão inquietante para as ciências sociais – quem organiza os desorganizados? –, Cohn chama atenção para a dinâmica dos processos de inclusão-exclusão como recurso de demarcação de mudanças sociais ocorridas nos séculos XIX e XX, lembrando o 'mix de estruturas e agências' responsáveis pelo suporte dos 'sistemas de decisão e ações' desenvolvidas em 'condições de risco'. Para Cohn, diferentemente do que ocorreu na passagem do século XIX para o XX, atualmente o problema a ser enfrentado é o da exclusão na sua relação com as formas perversas de inclusão social.

O mesmo tom de enfrentamento e atualidade de antigas questões foi usado por Francisco de Oliveira no seu artigo sobre as tensões entre as dinâmicas global e local, ao abordar a violência (note-se que bem antes do "11 de setembro"): refere-se ao fato de ela sempre estar incluída na economia como parte constitutiva das relações econômicas.

Já por referência ao pensamento social em saúde propriamente, Everardo D. Nunes reafirma a importância da diversidade das tradições históricas e intelectuais em relação à problemática socioeconômica e político-ideológica. Ao expor a história do movimento que faz oscilar entre a dimensão macro-analítica e a atual tendência de enfatizar aspectos micro-analíticos, Nunes também reforça a necessidade de repensarmos, mesmo no campo da saúde, os processos que configuram outra ordem social. Na verdade, esse movimento intelectual reflete o tom dos estudos sociológicos e antropológicos de aproximação e institucionalização das ciências sociais no campo da saúde. Parte dessa história é responsável por uma visão mais completa de inter-

relação entre essas áreas, quando as ciências sociais passaram a integrar – junto com a epidemiologia, a administração e a bioestatística – práticas de ensino acopladas ao esforço de compreensão da dinâmica familiar, questão importante sobretudo no momento em que essa incorporação ocorreu. Aí está, portanto, através destes textos, o pano de fundo atual das ciências sociais em saúde.

Tomando esse pano de fundo do ponto de vista interdisciplinar, a Parte II desta coletânea aborda o tema da 'Cultura e Subjetividade: os sentidos da saúde'. Maria Helena Villas Boas Concone, em seu artigo, traz essas questões para a antropologia. Ao destrinchar os termos do título proposto, Concone pontua os seguintes aspectos: por ser produtora de sentidos em contextos sócio-históricos (processual, portanto), não podemos pensar numa universalidade substantiva da cultura. Saúde, como expressão de subjetividades, deve ser analisada no plural, uma vez que é impregnada de sentidos. Nesta qualidade, saúde comporta um vocabulário, com sua gramática e semântica. Ao mesmo tempo, Concone lança uma outra questão provocativa para as ciências sociais na saúde, ao introduzir o que ela própria qualifica como um elemento complicador: "como encaminhar a discussão das formas de subjetividade nas questões de saúde diante do peso da objetividade biogenética? Como considerar seriamente o plural do conhecimento diante do seu aparente singular?" Para a autora, a linguagem da medicina está longe de ser um simples espelho do mundo empírico. Sua rica linguagem cultural, ligada a uma versão altamente especializada da realidade, na verdade é muito mais do que isso: "é uma versão especializada (profissionalizada) dos sistemas de relações sociais". Este é um amplo e complexo convite à reflexão.

Este convite é ampliado pelo campo da psicologia social, no artigo de Bader Sawaia, para quem não há revolução paradigmática no fato de considerarmos o sentido simbólico e subjetivo da saúde, uma vez que essa consideração não envolve ruptura com as clássicas cisões entre mente e corpo, natureza e cultura. Comporta, sim, uma reforma conceitual, que mais fortalece do que nega a onda naturalizante da saúde e do comportamento humano, conforme vem indicando o sucesso da biotecnologia e da ideologia dos medicamentos. Sawaia incita-nos a refletir na direção de um 'remendo conceitual' mais do que numa revolução intelectual, e aponta a radicalidade com que esse

debate vem recrudescendo. Ao mesmo tempo, denuncia a desconsideração dos esforços das Ciências Humanas para demonstrar o conjunto de determinações da saúde – sociais, subjetivas e culturais – pelo fortalecimento da idéia de confinamento da saúde ao funcionamento biológico. Sem desconsiderar a dimensão ontológica, indaga: "não se somatiza a alegria?"

Com ajuda de Luis David Castiel, podemos continuar esse trajeto. Para ele, este momento em que vivemos caracteriza-se como "descentramento do sujeito" (de si mesmo e de seu lugar no mundo); entretanto, ignorar a dimensão subjetiva das identidades tidas como sólidas (de classe, de gênero, de raça e etnia, de nacionalidade e sexualidade) pode significar uma tentativa de escapar das negociações de sentido nas lutas pela hegemonia. Castiel também não despreza a dimensão ontológica ao indagar-nos sobre "o que vem a ser *isto*?", desenhando os extremos passíveis de polarização num tenso contexto territorial – entre os que consideram a mente humana do ponto de vista metafísico ou sociocultural e os que a consideram do ponto de vista empírico das neurociências. "Quando enquadramos a mente como objeto de estudo, não se trata tão-somente das mentes de outras pessoas (terceiras) – ele/ela –, mas de 'eus' que são eles/elas", segundo Castiel. Este aspecto "precisa ser levado em conta, pois a objetividade científica se instabiliza diante desta íntima proximidade eu-sujeito-pesquisador/ele-objeto-pesquisado". Eis aqui, com este autor, que se apresentou como proveniente do campo médico-epidemiológico, outro grande dilema para as ciências sociais: a questão e necessidade de autoconhecimento do sujeito do conhecimento.

As análises comparativas, por sua vez, também vêm trazendo importantes contribuições intelectuais a partir de pesquisas de campo ou mesmo entre teóricos do campo. Nesta perspectiva, podemos considerar o artigo de Maria Tereza Ávila Dantas Coelho e Naomar de Almeida Filho, ao discutirem os conceitos de saúde na medicina, na psicanálise, na sociologia e na antropologia médicas. Os autores tomam o discurso médico 'tradicional' e a epistemologia de Canguilhem e Foucault como base de discussão.

Dantas Coelho e Almeida Filho verificam que a relação da saúde com as normas culturais, médicas ou não, "não se reduz a uma mera adaptação a tais normas mas refere-se, sobretudo, à capacidade

normativa", e propõem a distinção entre três níveis de saúde: a primária (correspondendo a um padrão científico 'universal'); a secundária (referindo-se a um padrão popular, particular de algum grupo social que compartilha sistemas de signos, significados e práticas); e a terciária (que corresponde à expressão singular das normas instituídas no plano dos indivíduos). A partir dessas dimensões, afirmam que a saúde é mais que um discurso normativo-impositivo, na medida em que constitui a possibilidade de "normatividade pelo indivíduo: a relação da saúde com a cultura não se restringe à obediência irrestrita às normas (...) [refere-se] à forma pela qual o sujeito interage com os eventos da vida". E mais – ao afirmarem que o "limiar entre a saúde e a doença é singular, ainda que influenciado por planos que transcendem o estritamente individual (...) é no nível do indivíduo que se dá a influência desses contextos" – os autores procedem a uma dupla aproximação com autores clássicos das ciências sociais, embora não seja essa a preocupação do artigo. A última frase pode ser considerada como tipicamente weberiana, ainda que insinuadamente, encontremos uma aproximação com Émile Durkheim, no que diz respeito às características de transgressão das normas, apontadas em outra passagem do artigo. Mas é Georges Canguilhem, para esses autores, quem inaugura o debate ético sobre a questão do poder da ciência sobre a saúde, ao indagar 'se a norma de um indivíduo deveria ser determinada por ele mesmo ou por um geneticista, ou seja, se uma intervenção eugênica deveria ser necessariamente uma decisão individual ou da ciência". Para Canguilhem – é bom que ressaltemos junto com os autores – "ela deveria ser individual. Se a decisão fosse científica, poder-se-ia desembocar numa polícia genética de caça aos genes heterodoxos". Por intermédio de Canguilhem ainda, e à semelhança de Concone e Sawaia, os autores lembram que a idéia de saúde é bem anterior à modernidade ao reportarem-se às origens etimológicas:

> valor origina-se da palavra latina *valere*, que significa portar-se bem, passar bem de saúde. (...) Não terá sido por acaso que a palavra normal, derivada do *nomos* grego e do *norma* latino (cujo significado é lei), surgiu no século XVIII (...) significando aquilo que não se inclina, conservando-se num justo meio-termo.

Dando continuidade a estes artigos iniciais de natureza teórico-epistemológica, a terceira parte aborda questões metodológicas pro-

priamente, sobretudo questões relacionadas às visões quantitativa e qualitativa, caracterizando o que os autores consideram uma falsa polêmica, mesmo quando reforçam as diferenças entre elas.

O artigo de Minayo e Minayo-Gómez aborda essas relações nos estudos de problemas de saúde no plano histórico-acadêmico, indicando o modo pelo qual essa relação tornou-se 'problemática' do ponto de vista intelectual e político. Baseados em Pirès, os autores pontuam o início da oposição entre os métodos quantitativos e qualitativos, a partir da influência e repercussão dos estudos da Escola de Chicago no continente americano, repercussão, diga-se, mais acentuada entre nós do que a da Universidade de Columbia. À guisa de maior refinamento e objetividade para assim receber a chancela de ciência, tanto as condutas quanto as aspirações e práticas dos indivíduos devem ser quantificadas, no melhor 'espírito' da Escola de Chicago. Para estes autores, os esforços de tratamento compreensivo nas pesquisas da época eram tímidos e pontuais; somente a partir da década de 60 podemos identificar o retorno dos esforços de pesquisa social de base qualitativa, ao retomarem a discussão teórica e prática em torno da 'etnometodologia' e do 'interacionismo simbólico' na compreensão de microprocessos sociais.

É sempre bom registrar que esta permanece sendo uma questão polêmica para nós, uma vez que um e outro modelo 'qualitativo' também têm origem na Escola de Chicago, cabendo-nos perguntar – e já existem estudos realizados sobre a forte influência da Escola de Chicago entre nós – por que o departamento de sociologia da Universidade de Columbia não nos influenciou igualmente, uma vez que eram contemporâneos e esta última desenvolveu sua produção com uma perspectiva muito mais analítica do que descritiva.

De qualquer modo, os autores reforçam a possibilidade de encontro entre quantitativo e qualitativo na saúde, mesmo sendo a epidemiologia o 'nicho da abordagem quantitativa', exceções feitas a alguns autores (dentre os quais são destacados os trabalhos de Castiel e Almeida Filho). A tese do artigo é formulada nos seguintes termos:

> a dificuldade desse encontro de complementaridade entre a epidemiologia (...) e a antropologia e a sociologia (...) na verdade não é, em primeiro lugar, epistemológica nem filosófica. O objeto, no caso da saúde é sempre o sujeito (seja como paciente seja como terapeuta).

Essas complexas relações indicam que "nenhum método pode se arrogar a pretensão de responder sozinho às questões que a realidade social coloca". Daí a necessidade de 'interdisciplinaridade' para relacionar uma ou mais disciplinas, mas envolvendo potencialmente problemas decorrentes da necessidade de 'triangulação metodológica' no interior de uma mesma disciplina. Essa busca de triangulação de métodos "deve ser sempre um diálogo e uma discussão crítica de um grupo que coletiviza, cruza e interage com informações e conhecimentos em seu labor intelectual". Para concluir, os autores introduzem outra questão nada simples: "esse projeto interativo não pode ser apenas um arroubo de vontades individuais". Triangulações (metodológicas ou de outro tipo...) e interdisciplinaridade relacionam-se com saberes e poderes departamentais e disciplinares – qualquer tentativa de integrálas deve levar em conta a (im)possibilidade de reunir pessoas.

Naomar de Almeida Filho continua essa trilha em sua "nota crítica à dicotomia" entre esses métodos, em que polemiza com alguns autores. Defendendo uma "integração metodológica na pesquisa em saúde", com várias e criativas maneiras para sua efetivação, Almeida Filho propõe uma tipologia de "híbridos metodológicos", à guisa de esclarecimento de seu ponto de vista: não há porque distinguir esses métodos de pesquisa no campo da saúde coletiva, "a qualidade é primordial e antecede e subordina a quantidade". Com uma posição eminentemente pragmática quanto ao processo de investigação, compara-o a uma cadeia produtiva: "o processo de produção científico-tecnológico [é] composto por etapas de transformação do objeto científico e seus respectivos produtos intermediários".

Roberto Briceño-León compõe o último artigo relacionado a este tema, apresentando quatro modelos de integração de técnicas qualitativas e quantitativas de investigação em ciências sociais. Também tem por pressuposto que toda ciência é qualitativa – os dois tipos de métodos utilizados (observacionais e experimentais) é que comportam técnicas qualitativas ou quantitativas. Dessa forma, Briceño refuta a clássica concepção de Dilthey, segundo a qual as ciências sociais deviam ter um método científico que as distinguisse das ciências da natureza. Para o autor, essa perspectiva foi responsável pela orientação segundo a qual as ciências sociais deveriam adotar técnicas qualitativas, quando a pergunta necessária para/pelo investigador refere-se à

identificação da técnica mais adequada para alcançar melhor compreensão, considerando-se a possibilidade de integração entre elas e, o que considera dura 'realidade', a maneira mais eficiente em termos de tempo e dinheiro. No entanto, a tese de Briceño dirige-se para a distinção entre os tipos de investigação – as investigações não são nem iguais nem intercambiáveis, motivo pelo qual podem ser 'integráveis'.

Aproximando-se de Minayo e Minayo-Gómez, Briceño descreve a produção do conhecimento em ciências sociais no plano histórico, identificando, no período posterior à Segunda Guerra, o impulso pela investigação quantitativa, a partir de estudos sobre 'opinião pública do soldado americano', período que Sorokin denominou de 'quantofrenia' na sociologia. E à semelhança de Almeida Filho, resguardadas as diferenças de pontos de vista, Briceño também aponta características atribuíveis aos dados conforme seja a pesquisa quanti ou qualitativa.

Outra distinção indicada pelo autor refere-se à classificação dos estudos científicos em nomotéticos e ideográficos, de maneira a assimilá-los às investigações quantitativas e qualitativas. Mas – o mais interessante – é sobre a categoria 'tempo' que Briceño põe a força da distinção: na execução das atividades de pesquisas quantitativas, é possível ocorrer lapsos de tempo claros e previsíveis, enquanto nas pesquisas qualitativas o tempo é 'aberto': todo tempo é tempo de coleta e recoleta de informação, daí a dificuldade de estabelecer o momento de finalizá-las, ou "o momento da despedida", como refere o autor. Este último caso ocorre, sobretudo, pela facilidade de incorporar as novidades, uma vez que os estudos qualitativos são mais permeáveis ao inesperado, às surpresas e aos acasos que porventura contradigam as hipóteses prévias; enquanto os quantitativos, segundo o autor, são refratários ao que Merton denominou de *serendipity* na investigação. Concluindo, Briceño posiciona-se contra alguns investigadores 'fundamentalistas' no tocante à escolha de metodologias e técnicas de investigação, advogando em favor da multiplicidade de aproximações e de uma visão pluriparadigmática das teorias. Esta é outra questão polêmica que nos convida a refletir.

No plano conceitual, a Parte IV – Desigualdade e Diferença em Saúde – dá continuidade a essas reflexões. No conjunto dos artigos que a compõem, podemos retomar mais uma vez a questão posta por Cohn, a respeito da inclusão-exclusão de grupos específicos, mesmo

quando apelam para as diferenças. Aqui, estes conceitos são abordados sob a ótica da saúde, chamando a atenção para a questão dos significados como já havia sido mostrado por Nunes – significados relacionados a gênero (tanto na perspectiva feminina, feminista, como na perspectiva masculina), à sexualidade e raça/etnia, apontando para estudos empíricos realizados.

Para Canesqui,[1]

> é consenso o mérito dos distintos movimentos sociais relativos aos direitos humanos das populações indígenas, de mulheres e de outras minorias, de sensibilizarem a sociedade e a própria academia para as diferenças e diversidades calcadas em classificações culturais sobrepostas à básica e fundamental desigualdade de classe.

Canesqui sugere ainda a necessidade de a sociologia e a antropologia pesquisarem "universos socioculturais e trajetórias de vida dos sujeitos classificados pela biomedicina como deficientes, e sobre os modelos, saberes e pressupostos das várias práticas institucionais como mecanismos integradores" destes grupos específicos que clamam atualmente pelo direito à diferença.

Em seu artigo em torno do conceito de saúde reprodutiva no âmbito mais próximo da antropologia, Lucila Scavone, por exemplo, aborda a importância do reconhecimento científico de novas abordagens, resultando na inclusão de novos conceitos nas ciências sociais. É o caso do conceito de gênero e saúde reprodutiva, temas 'fecundados' no movimento feminista que acabaram conquistando espaços acadêmicos, constituindo mais um motivo para retomarmos Cohn, Oliveira, Nunes e demais autores comentados. Para ela, os conceitos têm bases históricas e sociais definidas, permitindo compreender tanto a gênese de sua utilização quanto suas repercussões sociais diferenciadas. Assim, 'saúde reprodutiva' é um conceito teórico quando aborda a característica reprodutiva das mulheres como problemática universal de gênero, não obstante, essa universalidade não é absoluta, posto que relacional e histórica. Deve-se ficar alerta, contudo, com qualquer visão unilateral, quando a autora afirma que busca

---

[1] Canesqui, A. M. Introdução ao tema da mesa-redonda Desigualdade e Diferença em Saúde. 2º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, São Paulo, 1999. (Mimeo).

> identificar os aspectos decorrentes de uma situação de *dominação e poder* masculinos (...) e os aspectos decorrentes de um *outro pólo de poder* no qual as mulheres têm primazia (...), ambos em tensão na luta política pela transformação das condições de saúde das mulheres.

O artigo de Maria Luiza Heilborn foi construído com uma abordagem sociológica, por meio da qual apresenta uma sistematização do conceito de gênero e aponta para formas novas de compreensão das relações de gênero e influência de sexo e sexualidade na saúde, mostrando a complexidade desse campo de estudos quando associado à noção das 'desigualdades'. A autora acredita que o debate teórico destas questões está marcado por um enfrentamento entre as posições 'essencialistas' e 'construtivistas'.

Já Edir Pina de Barros apresenta esses conceitos no campo da saúde indígena, uma vez que, para ela, juntamente com as demais minorias, as populações indígenas também são desiguais quando tomamos por referência o caráter estruturante das relações de classe social. Para Pina de Barros, como já havíamos ressaltado em Concone, a própria "noção de saúde e doença é também (...) uma construção social", visto que o indivíduo é doente segundo a classificação de sua sociedade e de acordo com critérios e modalidades que ela fixa. Esta é outra autora que nos incita a retomar as indicações de Castiel e Sevalho, afirmando que as formas sociais de expressão da doença, de escolha dos meios de tratamento e de prevenção são pertinentes ao conceito de cultura. Suas questões finais repõem, nesta perspectiva, a própria temática central, relativa às tendências e abordagens destas relações, conforme indicado pelos autores comentados anteriormente:

> como pensar em ações de saúde culturalmente coerentes sem levar em consideração a diversidade sócio-cultural? Como garantir o direito à diferença a essas populações sem o conhecimento das suas coordenadas sócio-culturais referentes ao campo da saúde e da doença?

A estas questões, podemos acrescentar outra, não menos inquietante e mais uma vez apontada por Cohn: como quebrar a indiferença da sociedade nacional perante essas populações em 'reservas', excluídas exatamente para garantir sua sobrevivência?

Estela M. G. da Cunha aborda mais especificamente a população negra na perspectiva de raça/etnia, por meio de revisão da literatura nacional e internacional, para identificar linhas exploratórias de explicação dos "efeitos dos condicionantes biológicos na saúde da população negra".

Incluímos nesta parte o artigo de Luís Eduardo Batista por acharmos interessante que essas questões também sejam registradas sob a ótica masculina, já que aborda a relação entre o biológico e social tendo por referência homens, masculinidade e saúde reprodutiva. Para responder à pergunta "o que é ser homem?", Batista recorre a autores como Bourdieu e Connell, dentre vários outros, para apresentar sua hipótese:

> no campo da sexualidade e reprodução masculina, o pênis é o símbolo máximo da virilidade masculina, o local onde o homem deposita o seu *marketing* pessoal, sua auto-afirmação e toda a construção de seu imaginário sobre o desempenho sexual. Como também seria uma referência importante para o estabelecimento e manutenção das relações de gênero e da sustentação da masculinidade.

Para Batista, os temas que preocupam os homens referem-se à disfunção erétil (impotência), ao câncer de próstata e às DST/Aids. Cuidadoso, o autor não fala 'de' masculinidade, mas 'das' masculinidades brasileiras, levando em consideração sua própria identificação como um "homem negro heterossexual". Sua inclusão neste tema é tanto mais interessante por apresentar uma proposta de vincular o conhecimento com interesse político, numa perspectiva crítica de construção do tema, articulando "teoria, prática e pesquisa aos conteúdos emotivos e cognitivos na construção do conhecimento". Não deixa de ser significativo o fato de ter sido um homem a colocar os conteúdos emotivos nas relações de gênero!

Como organizadoras da coletânea pudemos fazer uma leitura panorâmica dos artigos, e nos permitimos, à guisa de promover uma certa polêmica-provocação, e também um contraponto à abordagem exclusivamente feminista, aproveitar uma passagem do artigo de Batista, retomando sua citação de Bourdieu a respeito da identidade masculina e do poder da genitália: "assim, o dominante é também dominado, mas por sua dominação..."

Com o tema 'Perspectivas Sócio-Históricas na Saúde: concepções sobre prevenção', os artigos da Parte V "suscitam reflexões

direcionadas para as relações existentes entre conhecimento científico e práticas preventivas direcionadas para doenças específicas", ressaltando o papel cultural dos hábitos populares na incorporação ou não das propostas de prevenção, conforme aponta Cristina Fonseca.[2] Alguns aspectos citados anteriormente merecem ser ressaltados, seja pela perspectiva sociológica ou antropológica que os orientou.

Simone Monteiro reitera a necessidade de identificar as visões de mundo e as práticas diferenciadas segundo os grupos sociais nas complexas sociedades contemporâneas, para apresentar sua proposta de análise da prevenção do HIV/Aids. Ao expor o panorama no qual está referida sua análise sociológica a respeito da dinâmica da relação entre indivíduo e estruturas sociais, Monteiro alude à necessidade de retomada dos clássicos (Marx, Durkheim e Weber). Mas é sobretudo no conceito de 'habitus' formulado por Bourdieu, que a autora se ampara para destacar os aspectos simbólicos das práticas e desafios da prevenção no campo da saúde, propondo às políticas de prevenção que incluam as "especificidades das estruturas objetivas e simbólicas da população alvo (...) relativizando o enfoque da responsabilidade individual".

No segundo artigo desta parte, José Divino Lopes Filho historia crônicas médicas a respeito da etiologia do Beribéri, uma das doenças mais relatadas em publicações médicas no período compreendido entre a segunda metade do século XIX e as primeiras décadas do século XX. Na visão do autor, a maioria dos trabalhos publicados apresenta grande semelhança entre si, numa época em que havia ainda certa 'prudência' em considerar nexos de causalidade provenientes da teoria infecto-contagiosa, optando-se pela descrição sintomatológica e caracterização dos quadros clínicos para enunciar diagnósticos diferenciais baseados na observação e experimentação. Era a plena influência do conhecimento disponível na época e também – por que não? – fortemente influenciado no século XX pelos preceitos da Escola de Chicago. O autor trata especialmente da racionalidade da Escola Tropicalista Baiana, que, para alguns autores considerados por Lopes Filho, aliava àquelas características, o peso da higiene como determinação causal.

---

[2] Fonseca, C. M. O. Introdução ao tema da mesa-redonda Perspectivas Sócio-Históricas na Saúde: concepções sobre prevenção. 2º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, São Paulo, 1999. (Mimeo).

Na Parte VI, a ciência política e a economia estão em destaque. Os dois artigos que a compõem discutem as relações entre o público e o privado.

Do ponto de vista das políticas sociais, as principais questões envolvidas na relação entre o público e o privado no setor saúde foram apresentadas no artigo de Regina Bodstein e Rosemary Gonçalves de Souza. O texto focaliza mais especificamente as alterações do setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil nos anos 90 e as novas relações estabelecidas entre os serviços públicos e privados nessa década, nas várias modalidades em que ele se apresenta: seguradoras de saúde, empresas de medicina de grupo, planos de saúde, cooperativas médicas e os convênios dos hospitais públicos com as várias modalidades.

As autoras apontam as particularidades da política de saúde no contexto do ajuste estrutural da economia, da reforma do Estado, da racionalização do gasto público e redefinição da ajuda para os países da América Latina. O caso brasileiro é apresentado em sua singularidade nesse contexto: a implementação das diretrizes do Sistema Único de Saúde relativas à descentralização, universalidade e incorporação da participação popular. E, mais importante, ressaltam a necessidade de procedermos a avaliações cuidadosas no quadro das incertezas provocadas pelo deslocamento dos processos decisórios para os municípios. O gradativo processo de autonomização do setor privado, mais capitalizado em relação ao Estado se comparado a décadas passadas, vê-se diante da pulverização de seus espaços de formação, com o processo de municipalização do SUS. Não deixam de chamar a atenção para as exigências de eficiência das ações governamentais, para a busca de experiências municipais que tragam impacto sobre a situação de saúde e respostas para as necessidades de atenção à saúde.

Na mesma década considerada pelas autoras, Solon Magalhães Vianna afirma que a centralidade da saúde pode ser atestada quando observamos que ela ocupa o segundo lugar na escala de valores da população brasileira, perdendo apenas para a preocupação com o desemprego, ao mesmo tempo em que é influenciada e influencia na qualidade de vida dessa população.

Tomado do ponto de vista macroeconômico, o setor de saúde vem crescendo no Brasil como em todo o mundo, chegando, ao final dos anos 90, a representar aproximadamente 7% do PIB, como segundo

item do gasto público da União, tendo à frente apenas os gastos federais com a previdência social. O autor apresenta a evolução das diversas fontes de financiamento do setor, destacando os impostos gerais, as contribuições específicas e as formas mistas, nas quais se incluem a participação dos usuários no custeio dos serviços. Demonstra, ainda, a maneira pela qual mais de 70% dos recursos para a saúde, ao final dos anos 90, eram originários das contribuições sociais: lucro das empresas, Cofins, empregados e empregadores e CPMF. Além disso, ressalta que não há uma metodologia uniforme para apurar o gasto público com saúde, mesmo os dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), do Ministério de Planejamento, apontam para valores menores dos que são considerados como despesas pelo Ministério da Saúde.

Referindo-se à origem dos gastos com saúde no Brasil, o autor separa os que são de origem pública (federal, estadual e municipal) dos que têm origem na área privada, mostrando que, no Brasil como em outros países, o gasto privado de empresas e famílias com saúde não é residual. Como conseqüência destes fatores, as famílias mais pobres chegam a despender com saúde um percentual mais alto de seu orçamento do que a média da população, inclusive do estrato mais rico dela. Magalhães Vianna elenca outros fatores que favorecem o crescimento das despesas com saúde, tais como: incorporação tecnológica, mudanças demográficas da população, transição epidemiológica, tipo de organização, formas de gestão dos serviços de saúde e o modelo assistencial baseado na livre demanda.

Os artigos da Parte VI abordam o tema 'Fragmentação Social e Formas de Solidariedade', cujos autores tratam, respectivamente, dos problemas envolvidos na doação de órgãos, da solidariedade e de formas alternativas de lidar com a saúde, sobretudo as utilizadas pelas classes populares.

As questões que dizem respeito ao sistema de resgate e distribuição de órgãos para transplante foram abordadas por Vera Schattan R. P. Coelho. A autora aponta o receio manifesto por muitos de seus entrevistados de que a fragmentação social do ponto de vista de renda, dos grupos sociais e outros existentes no país, seja 'replicada' no sistema de transplante, privilegiando homens, jovens, brancos e de maior grau de instrução. Nestas condições, os possíveis doadores estariam mais propensos à venda de partes de seu corpo, do que à doação altruísta.

Outros fatores têm influenciado a disposição para a doação de órgãos, tais como o receio de que seja praticada a eutanásia, a ansiedade frente à idéia do desfiguramento e o receio do sofrimento quando da retirada de órgãos. O alerta de Coelho dirige-se para o fato de que a institucionalização e a transparência devem ser garantidas em todas as etapas da captação dos órgãos de pessoas, desde a hora em que morrem até o transplante dos pacientes que estão nas listas de espera.

Este circuito – que não deixa de ser econômico-sanitário – envolve várias etapas, desde o atestado de morte cerebral, a notificação à Secretaria da Saúde (no caso do estado de São Paulo), a retirada dos órgãos do paciente em morte cerebral e os critérios de distribuição dos órgãos captados. Talvez por esses motivos, a autora considere que a lei de doação presumida aprovada em 1998 e suspensa no mesmo ano por gerar resistências e um enorme mal-estar, não deve ser descartada definitivamente, uma vez que também apresenta vantagens: poderia mobilizar a sociedade civil e as autoridades para a consolidação de um sistema de transplante que estimulasse a reciprocidade social.

Abordando a questão da solidariedade na saúde sob um outro ângulo, Eduardo Navarro Stotz considera que, em nome da eficiência da alocação do gasto público e do controle da sociedade sobre as políticas públicas, tem aumentado tanto a responsabilidade dos indivíduos e famílias pelo cuidado com os problemas de saúde, como a das empresas, fundações e igrejas ou o chamado terceiro setor, configurando um processo de ressignificação da filantropia.

Para Stotz, no entanto, deve-se considerar o caráter polissêmico do termo ‘solidariedade’: preceito moral, vínculo de classe, promessa de segurança burguesa, interesses comuns, identificar-se com o destino do outro. A partir destes significados, lembra o sentido ocidental e moderno do termo, a herança da tradição judaico-cristã e da tradição socialista. Na construção dos Estados de Bem-Estar Social e de um sistema de proteção social mais amplo, por exemplo, o termo refere-se mais à ‘redistribuição’ baseada nas necessidades humanas, do que à ajuda aos indivíduos que não conseguem prover seu sustento por meios próprios.

No Brasil, as políticas de ajuste estrutural agravaram ainda mais o panorama da pobreza, tornando as famílias pobres menos protegidas e mais vulneráveis. Muitas organizações não governamentais (as igrejas dentre outras) têm assumido a tarefa de lidar com a problemática

social, agravada pela situação da doença, trazendo também um reforço do moralismo, a vinculação da doença com o pecado (como é o caso especial do controle das DST/Aids), da contracepção e da sexualidade. Com Stotz deparamo-nos mais uma vez com as palavras de Cohn a propósito das velhas-novas questões sociais que herdamos da virada do século XIX.

Victor V. Valla pergunta se devemos identificar formas alternativas de lidar com a saúde, quando uma grande parcela das classes populares ainda não tem um atendimento satisfatório nos locais de saúde pública. Preocupa-se com a discussão dos limites do sistema de saúde pública, hegemonizado pelo paradigma biomédico, e com as formas alternativas de lidar com a saúde – ou o que ele denomina de 'saúde alternativa' entre as classes populares –, principalmente para enfrentar uma situação de 'sofrimento difuso' que elas apresentam diante do desemprego e da pobreza.

Devemos ter em mente as ponderações elaboradas por Sawaia, quando Valla refere-se particularmente à dificuldade em lidar com problemas psicossomáticos (ou o que as classes populares chamam de 'nervos'), como conseqüência da falta de recursos para saúde ou dos limites do modelo biomédico, originário da física newtoniana e do dualismo cartesiano.

Muitas das propostas da saúde alternativa, para o autor, podem ser classificadas de 'apoio social', e se aproximam do conceito de solidariedade hoje discutido no Brasil e já problematizado por Stotz: os apoios de determinadas organizações sociais poderiam influir na proteção contra o aparecimento de doenças, melhoria da saúde, contra uma certa situação de *empowerment* de pessoas e grupos, obtendo maior controle sobre suas vidas.

Valla é mais um autor que chama atenção para as formas com que a grande imprensa trata algumas questões, sobretudo relacionadas à saúde alternativa, quando aquela propõe a meditação, o relaxamento, o apoio emocional, o ato de desabafar, a participação em grupos de discussão, o exercício físico sistemático e a dieta moderada, como medidas que interferem positivamente no combate ao estresse. Mas lamenta que as camadas mais pobres da população não tenham acesso a esse meio de comunicação, e muito menos às próprias atividades de apoio social, que, por não serem em geral desenvolvidas nos

serviços públicos de saúde, exigem algum tipo de pagamento. Levanta uma hipótese que também deve ser considerada tendo por referência os autores comentados na Parte II. Para Valla, participar de cultos religiosos, nos quais cantar e rezar alto são um ritual incentivado, ajuda a enfrentar o sofrimento e tornar "mais toleráveis e significativas" a vida das pessoas pobres e estressadas por sua condição de vida e trabalho.

A Parte VIII engloba artigos sobre temas referentes à qualidade de vida, violência, trabalho e segurança/desarmamento. No primeiro, Ceci Vilar Noronha dedica-se à discussão das relações entre violência urbana e pobreza na Região Metropolitana de Salvador, e dos nexos construídos entre ambas. Mostra a autora que as associações entre pobreza e criminalidade são recorrentes em diferentes teorias sobre o crime: teorias da desorganização social, teorias sobre a ascensão do individualismo, teorias sobre a ausência do Estado em sua perspectiva redistributiva e teorias sobre as características individuais dos sujeitos que cometem crimes atribuídas a processos patológicos, insensibilidade, perversidade. É de se notar com que força os traços da Escola de Chicago permanecem ainda hoje...

Quando ressalta o papel dos meios de comunicação de massa na manutenção de um imaginário social no qual os pobres, principalmente os não-brancos, aparecem associados às práticas delituosas, Noronha o faz recolocando a questão em outras bases. Indica que os pobres são alvos vulneráveis da criminalidade violenta e têm menos acesso à segurança pública, ao contrário da visão corrente nesses meios, que considera os pobres como criminosos em potencial. No caso particular de Salvador, a autora aponta a concomitância do crescimento populacional com altas taxas de desemprego e as variações das taxas de homicídio. Lá, também, os noticiários sobre o crime alimentam o ódio aos bandidos para justificar a visão de que 'bandido deve morrer'.

Eduardo Paes Machado e Charles Levenstein abordam a violência pelo ângulo da ocupação, particularmente entre trabalhadores rodoviários, motoristas e cobradores de ônibus de Salvador. Este artigo junta-se aos de outros autores que vêm apontando a violência no transporte coletivo como o mais importante estressor dessa categoria profissional, conforme veremos.

Além de provocar numerosos acidentes diários, o transporte coletivo nas grandes cidades é obsoleto, precário, merecendo da

população usuária uma avaliação negativa, acirrada quando ocorre aumento das tarifas. Tais fatos levam à eclosão de conflitos entre passageiros e trabalhadores dos ônibus, em especial com os cobradores que estão mais em contato com o público. Acrescente-se a isto o sistema de fiscalização das empresas de ônibus sobre o trabalho de seus empregados, concorrendo igualmente para o estresse dessa categoria profissional ao tornar ainda mais penoso esse tipo de trabalho, visto hoje como um trabalho de risco face às situações de violência e conflitos a que motoristas e cobradores estão expostos, seja por parte de usuários seja por assaltos.

O artigo de Francisco A. C. Lacaz crítica o conceito de 'qualidade de vida no trabalho' e procura cotejá-lo com o de 'saúde do trabalhador. Aponta para a imprecisão conceitual e para as propostas empresariais das últimas décadas: reação individual do trabalhador às condições e ao ambientes de trabalho, movimento de gerenciamento participativo, democracia industrial e articulação das questões ligadas à produtividade e à qualidade.

Lacaz prioriza conceitos que relacionam questões de qualidade de vida no trabalho às condições e à organização do trabalho, posição defendida pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) a partir de 1976. O autor argumenta que o mais importante nessa discussão é redirecionar o foco do debate para o âmbito coletivo das relações de trabalho que se estabelecem no interior do processo produtivo: a disciplina fabril, que regula a vida do trabalhador seja sob o 'taylorismo', 'fordismo' ou 'toyotismo', influi fortemente nos seus diversos problemas de saúde (doenças cardiovasculares, gastrointestinais, sofrimento mental e acidentes do trabalho).

No caso do Brasil, à medida que o país se insere no mercado internacional, percebe-se que as empresas incorporam exigências que repercutem contraditoriamente na saúde: de um lado, maior intensidade do ritmo; de outro, maior controle e conhecimento do trabalhador, polivalência e liberdade de ação têm levado a queixas de mal-estar físico, dores de cabeça, dificuldade de dormir, cansaço permanente. Lacaz considera que a 'gestão participativa' no país significa que além da capacidade de trabalhar, a empresa exige do trabalhador a 'afetividade' ou até o seu 'inconsciente', quando, na verdade, a participação do trabalhador nas decisões é apenas de caráter consultivo. Daí

a prevalência de agravos caracterizados por um mal-estar difuso e por doenças crônicas, ocorrendo sobretudo entre trabalhadores das faixas etárias mais precoces.

O artigo de Graham S. Pearson, da Universidade de Bradford, Reino Unido, finaliza esta coletânea. Aponta duas grandes preocupações dos países desenvolvidos com respeito ao risco de propagação de doenças, se o mundo todo não se preocupar com isto e tomar providências – seja pela rápida troca de patógenos humanos com o avanço dos meios de transporte e as migrações em massa (que podemos atribuir, no limite, à globalização), seja pelos riscos das doenças intencionais, ou mais propriamente dito, pelos riscos de uma guerra biológica.

É bom lembrar que esta questão foi levantada pelo Presidente Bill Clinton em discurso na Assembléia Geral das Nações Unidas em 1996, cinco anos antes, portanto, dos ataques às torres gêmeas de Nova Iorque e dos temores (reais ou infundados) que o Governo Bush e as imprensas americana e internacional alimentaram sobre o possível uso do Antraz como arma de guerra contra a população norte-americana, em seguida àquele evento.

Pearson chama atenção para os efeitos epidêmicos dos microorganismos, que poderiam ser comparados aos impactos causados pelas armas nucleares. Para enfrentar tais riscos, aponta medidas a serem intensificadas, no geral de maior controle internacional (sobre os 'países perigosos', acrescentamos nós, em outro contexto de guerra): intensificacão da vigilância e notificação das doenças infecciosas, convenções sobre diversidade biológica, controles sobre a manipulação, armazenamento e transferência de patógenos perigosos, definição sobre as formas seguras de manipulação de materiais biológicos para não causar danos ao meio ambiente e à saúde pública e o fortalecimento do Acordo sobres Armas Biológicas e Tóxicas.

Nessa rica e delicada relação entre campos de conhecimento, estas nos parecem ser as questões mais abrangentes colocadas para as ciências sociais em saúde, se tomarmos estes autores como referência, pois, se entre as próprias ciências sociais o processo de fragmentação vem ocorrendo de tal maneira que nem sempre as interlocuções contemplam sua inevitável interdisciplinaridade, a aproximação com a área da saúde, desde que passou a ser desejada ou proposta, sempre constituiu nosso maior desafio em direção à complementaridade. Não

deixa de ser cativante e sedutora essa tarefa para aqueles que trabalham em pleno campo de intersecção de conhecimento – entre as ciências sociais e humanas, e entre estas com a epidemiologia, com a saúde pública ou saúde coletiva. Diante desta tarefa, podemos nos colocar a conduta postulada por Boaventura de Sousa Santos:

> os desafios que nos são colocados exigem de nós que saiamos deste pêndulo. Nem guiar nem servir. Em vez de distância crítica, a proximidade crítica. Em vez de compromisso orgânico, o envolvimento livre. Em vez de serenidade autocomplacente, a capacidade de espanto e de revolta.[3]

Nesta busca incessante de produção e de trocas intelectuais, talvez o apelo formulado por Edgar Morin[4] venha sendo realizado desde sempre pelos que trabalham na área. Contra o pensamento redutor, o autor afirma que a sociologia (poderíamos incluir os demais campos acima referidos, por que não?) por vezes elimina a noção de homem porque não sabe o que fazer dela:

> o que se passa então é o seguinte: atinge-se uma clausura disciplinar, superdisciplinar, em que [se condena] a si próprio ao obscurantismo e à ignorância sobre o que se faz fora da sua disciplina e condena os outros, o público, o cidadão, a viver na ignorância. (...) Como é que uma democracia pode funcionar (...) quando o cidadão é desqualificado pelo especialista? (...) Creio que os desenvolvimentos actuais da ciência e nomeadamente da biologia, desenvolvimentos simultaneamente cognitivos e manipuladores, nos obrigam a redefinir a noção de pessoa humana (...). Doravante há uma disjunção entre a idéia de viver como ser humano e a de sobreviver biologicamente. Foi portanto colocado um novo problema.

Vale lembrar que para nós, (d)as ciências sociais em saúde, este não é um 'novo' problema, e, assim como para Morin, a 'transdisciplinaridade' não pode ser uma panacéia, na verdade, nos incita a buscar saídas para as armadilhas que a própria ciência criou em matéria de especialização.

---

[3] Santos, B. de S. *Pela Mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 1996. p. 17.

[4] Morin, E. *Ciência com Consciência*. Portugal: Publicações Europa, s.d. (Excertos p. 63, 65, 101 e 102).

Parte I

Ciências Sociais em Saúde

1 Renovando os Problemas nas Ciências Sociais

Gabriel Cohn

As ciências sociais fazem por sua natureza aquilo que seus praticantes certamente apreciariam para si. Periodicamente mudam de pele e renovam-se inteiramente, sem perder a memória do que fizeram de melhor no período anterior. Ciências felizes, dirão alguns, interpretando pelo seu lado mais radiante a famosa frase de Weber sobre a 'eterna juventude' dos estudos culturais, e felizes também os seus praticantes, que encontram nelas as condições para sempre se renovarem no trato com novos problemas.

Mas talvez seja o caso de não exagerar: nada garante que os novos problemas sejam mais leves do que os anteriores, a renovação pode não ser tão completa assim, o ritmo do conhecimento não vai no mesmo compasso que nossas vidas – enfim, nem tudo são luzes. A mudança se faz, na sociedade e no seu estudo, e cabe a nós o exercício de lucidez de vê-la em todos os seus tons.

Das muitas coisas que mudaram nas ciências sociais ao longo século XX, lembremos, em primeiro lugar, a mais abrangente. Se na passagem do século XIX para o XX a grande questão que se apresentava era a das condições de incorporação na sociedade de novos grupos em acelerada fase de organização e com firme determinação a fazerem-se presentes nos diversos cenários sociais, um século depois, exibe-se um quadro inverso. Agora, a questão é de como fazer frente à aceleração de processos de exclusão, e não mais de inclusão.

Antes, os conservadores viam com maus olhos a emergência das 'massas', e os adeptos da mudança, também chamada 'progresso', apostavam suas fichas na sua conversão em atores políticos organizados.

Com efeito, 'organização' era o termo em torno do qual tudo se articulava. Nisso se revelava uma herança que vinha desde a transição secular anterior, na linhagem que passa por Saint-Simon e Comte e que se abre em múltiplas trajetórias no século XX.

Era pelo ângulo da organização que ganhava conteúdo o tema da inclusão, entendido, num registro positivo, como sinônimo de participação numa ordem social e, num registro negativo, nos termos da direta identificação conservadora da organização com a ordem, como a desorganização da sociedade, a homogeneização entrópica.

Nessas condições, a questão central passa a ser: quem organiza o quê, em nome do quê? Dessa questão resulta uma segunda, que se põe no nível mais propriamente político e econômico: dada uma forma de organização, quem acumula poder de decisão e acesso a recursos? E, já em termos críticos, em detrimento de quem?

Claro que o problema encontra formulações diferentes nas diversas áreas das ciências sociais. Na perspectiva sociológica, com seus desdobramentos políticos, a questão sobre quem organiza pode resolver-se como na caça do gato durkheimiano ao próprio rabo, na qual esse 'quem' acaba sendo a própria sociedade, entendida como a organização por excelência, da qual todas as outras derivam. Essa posição, por sua vez, encontra uma contrapartida radical na tese de que só existem vontade e ação correspondente em entes individuais, impondo-se, pois, quebrar o círculo durkheimiano, em que a sociedade sempre se reencontra como num jogo de espelhos. Trata-se de buscar capacidades de ação, 'agências' efetivas (no lugar de 'estruturas'), cuja ação se traduza em confrontos de vontades com resultados não pré-orientados pelo sistema normativo da sociedade. Nessa ótica, a organização do conjunto social segundo uma vontade dirigente passa a ser o bônus da eficácia da decisão.

Dá-se, assim, realce ao tema moderno – pós-maquiaveliano, digamos – da 'decisão' em condições de risco, no lugar da adesão ao antigo – aristotélico, digamos, mas com ressonâncias ainda em Durkheim – tema do 'discernimento' prudente em condições em que a racionalidade é mais atributo da associação do que dos indivíduos que a integram. Claro que esta é a saída de Weber, mas não só dele. Entre essas posições polares há espaço de sobra para esse 'mix' de 'estrutura' e 'agência' que está presente em grande parte do pensamento

social no século XX, em configurações altamente diferenciadas, que vão do estruturalismo mais radical ao não menos radical perspectivismo em que tudo se reduz às 'negociações de sentido' entre agentes ligados na situação.

A nova transição secular, ao expor as ciências sociais a um quadro tão diferente do anterior, põe à mostra uma certa fadiga dos modos de equacionar os grandes problemas. A velha distinção entre estrutura e agência, ou sistema e ação, perde muito do seu gume quando a questão deixa de ser como expandir e, portanto, diferenciar o sistema pela incorporação de novas formas organizadas de ação (de atores, portanto) e passa a ser a de identificar os atores e elementos estruturais que não têm mais papel a desempenhar e poderão ser deixados de lado.

Estamos envolvidos em uma mudança de época. Até uma fase avançada do século XX a referência paradigmática consistia na associação entre 'organização' e 'acumulação'. Vale dizer, estavam em jogo processos expansivos de diferenciação interna das sociedades, tanto da ótica dos elementos de sistemas quanto da ótica da constituição de atores.

Na virada do século, contudo, rompe-se essa associação entre organização e acumulação pela perda de substância do segundo termo – desgaste este que envolve uma separação mais funda, entre 'expansão' e 'acumulação', que antes andavam juntas. A referência à organização segue sendo central, mas tende a girar no vazio enquanto não se encontra o termo que possa substituir o de acumulação.

Tanto quanto consigo ver, esse termo já se mostra com nitidez: trata-se de 'seleção'. A idéia, aqui, é que nas condições que se vão desenhando, o princípio da seleção cumpre papel correspondente ao da acumulação na fase que se vai fechando. É esse princípio que promete dar conta de uma condição histórica em que sistemas altamente complexos e, portanto, muito avançados em termos de organização vão constituindo uma dinâmica em que a expansão, desvinculada da acumulação, se dá pela 'eliminação' de partes pela borda afora, ao invés de pela 'incorporação' de elementos e processos.

O primeiro problema que se apresenta neste ponto, claro, consiste em especificar o modo como esses dois termos se articulam. Examiná-lo envolve, por exemplo, encontrar a forma dessa ruptura entre organização, expansão e acumulação na sua vertente econômica,

na qual a unidade formal de riqueza, no sentido de posse de recursos no mercado, vai ganhando autonomia em relação à sua referência social do valor.

Não me ocorre tentar desenvolver aqui esse 'primeiro problema', no qual está contida toda uma fileira de questões decisivas. O que me arrisco a fazer é sugerir que isso faz parte das novas tarefas que se apresentam para as ciências sociais. Postas as coisas nesses termos, faz sentido esboçar alguns traços do que pode ser o campo no interior do qual poderão ganhar forma os novos problemas, o que inclui as novas versões de velhos problemas, a começar pelo mais abrangente de todos, o da configuração presente e das tendências futuras do capitalismo.

Correndo o risco de oscilar entre o trivial e o francamente equivocado, identificaria como o primeiro desses traços o de que estamos naquilo a que bem se aplica a expressão 'umbral civilizatório'. Não que isso signifique que um novo modelo de civilização esteja em vias de forçar irresistivelmente passagem na atual etapa histórica. Quero dizer que devemos nos preparar para a tarefa de propor de modo consciente e comprometido os contornos de uma forma de vida, para além da mera reiteração da que atualmente é hegemônica, cuja construção as novas condições das sociedades tornem viável ou pelo menos plausível.

Na realidade, o dado novo introduzido pelas ciências sociais nas sociedades contemporâneas consiste precisamente nisto: elas nos convidam, é verdade que muito timidamente, a buscar apoio no conhecimento da realidade social para discernir suas tendências, e encontrar expressão não exclusivamente ética nem meramente técnica para nossos projetos de novas formas de convivência. Esse componente iluminista-utópico, tantas vezes ocultado por inibições metodológicas e por travações ideológicas, não pode ser desprezado. Deve, sim, ser aprofundado. Estamos diante de uma abertura histórica, não de um rumo inexorável, nem, muito menos, de uma porta escancarada para todas as vias que quisermos. A mudança de tom que agora se instala nas minhas proposições não é casual. É de modo deliberado que passo para um registro francamente normativo porque o argumento que aqui busco formular tem como uma das suas peças centrais a idéia de que a dimensão normativa vai deixando de ser uma espécie de pano de fundo implícito, quando não reprimido, da análise social para projetar-se com força no centro da atenção.

O primeiro passo para esse avanço consiste em recuperar um conceito olhado com merecida desconfiança, dada a sua carreira histórica: o de 'civilização'. A expressão alternativa 'padrão civilizatório', embora deselegante, parece-me mais adequada ao que tenho em mente ao penetrar nesse terreno alagadiço; mas nenhum rodeio terminológico eliminará a carga que pesa sobre um termo que acabou sendo incorporado ao vocabulário de uma específica ala do pensamento social, a mais comprometida com posições conservadoras ou francamente de direita. Passo inteiramente ao largo do uso que atualmente faz do termo Huntington, por exemplo. Importa-me recuperar referências nele contidas que foram soterradas pela distinção que, em certa época, se construiu entre 'civilização' e 'cultura', em boa medida como resposta conservadora aos ímpetos progressistas e evolucionistas dos que apostavam em uma seqüência ascendente de níveis cada vez mais avançados de organização da vida social, entendidos justamente como níveis de civilização.

Atualmente, devem ser poucos os defensores de uma irreversível evolução civilizatória. Mas a resposta a essa concepção produziu efeitos perversos ao corromper o termo pela raiz. Nessa perspectiva, 'civilização' passou a significar a mera aquisição e manutenção de recursos técnicos e de destreza, reservando-se o termo 'cultura' para algo mais elevado, que seria a capacidade de infundir sentido a essas habilidades acessíveis, em princípio, a todos. Numa formulação bem conhecida, civilização seria dispor-se de garfo e faca, e cultura consistiria em saber servir-se deles de modo conveniente, conforme regras sociais específicas, portanto. A manobra é clara. Ao se introduzir uma cunha na junção da idéia de civilização com a de cultura, em que a primeira aparece como termo de referência por ser mais abrangente intensiva e extensivamente, para valorizar a segunda em detrimento da primeira, desloca-se o foco do universal, ou tendencialmente universal, para o particular, restrito, peculiar a este ou aquele povo ou, de preferência, a este ou aquele grupo social.

Isso tem uma conseqüência muito importante: ao destruir-se por essa via o contraste entre 'civilização' e 'barbárie', que tanto importava aos velhos evolucionistas, para quem os termos indicavam diferenças remediáveis entre estágios de desenvolvimento, insinuava-se a idéia de que a mera civilização, sem o corretivo restritivo e

'historicamente contingente' da cultura, abrigaria, ela mesma, a barbárie. Tal concepção, à primeira vista, pode parecer uma concepção crítica um tanto frankfurtiana, que assinalaria o germe da barbárie no interior mesmo da civilização que se apresenta como a mais avançada, mas não é isso. A atitude envolvida não é crítica, é de pura e simples desqualificação. A tarefa que temos, hoje, envolve justamente retomar a reflexão crítica tanto da civilização quanto da barbárie e, de passagem, da cultura, para surpreender os limites e também o potencial não realizado de todos eles, incluindo a barbárie, que também tem o seu momento de verdade, com o que, aí sim, estaríamos na linha dos mestres de Frankfurt.

Meu objetivo é ver recuperado o complexo significativo que anima a idéia de civilização e a torna inseparável da idéia de cultura, entendida esta, na sua acepção primitiva, como cultivo da humanidade, como formação. Vida civil, convivência livre na cidade, cidadania e, indo mais fundo na etimologia, lar, abrigo, local de repouso em paz – tudo isso faz parte desse complexo, assinalando o grande tema que secretamente movia os grandes mestres das ciências sociais nascentes e que se traduz no anseio por uma sociabilidade que permita a todos estarem *chez soi*.

Uma referência específica poderá ilustrar melhor a minha preocupação. Logo após o colapso do bloco soviético, o sociólogo alemão Helmut Dubiel publicou um artigo sobre o 'luto da esquerda'. Valendo-se engenhosamente de categorias psicanalíticas, ele examina, contra o pano de fundo desse evento, as modalidades de resposta à perda irreparável. No final, interroga-se sobre o papel histórico que poderia restar à esquerda nessa fase. Sua resposta é que a tarefa imediata que lhe cabe consiste em 'civilizar o capitalismo'. Ambição bem modesta, dirão aqueles que ainda se lembram de tempos em que a tarefa era pensada em termos de substituição do capitalismo de ponta a ponta. Substituição por o quê, afinal? Bem, feitas as contas, por um outro padrão civilizatório.

A abdicação que se exprime no texto de Dubiel consiste em abrir mão, por enquanto pelo menos, da tarefa de gerar e tornar efetivo um novo padrão para aceitar a incumbência de ativar, ou reativar, o padrão próprio à organização atualmente hegemônica da vida social. De uma certa forma, trata-se de aceitar o lado sombrio do modo como

Rosa Luxemburgo formulou a expressão 'socialismo ou barbárie'. Para ela, importava mostrar duas coisas. Primeiro, que a crise do capitalismo era inevitável. Segundo – e aí está o ponto essencial – que a crise do capitalismo sem a alternativa socialista representaria a barbárie. Esgotada a força civilizadora do capitalismo, o bastão passava para os que propunham a alternativa socialista, sob pena de algo que escapava da visão progressista-evolucionista da social-democracia, a saber, a possibilidade concreta da 'regressão' histórica. Na ótica de Dubiel, que nisto é um legítimo herdeiro da escola em que se formou, em Frankfurt, perdida a energia para o grande salto para além do capitalismo, resta fazer o que este sozinho não consegue, e que, no entanto, é vital: manter o mundo habitável. A esquerda como pedagoga da história – sempre lembrando que pedagogo era o escravo encarregado de conduzir os infantes bem nascidos para o aprendizado. É pouco, mas a alternativa é a barbárie. E em nome do que essa alternativa é inaceitável?

Bem sabemos como o termo 'bárbaro' traz uma carga de origem: o estranho, o que não fala (a nossa língua), o inacessível, o que tem de ser mantido longe ou submetido. Nessa concepção, a barbárie é a invasão da nossa casa pelo estranho – nisso se exprime o lado sombrio da associação entre civilização e morada, mundo habitável. Esta é, até hoje, a ótica conservadora – os franceses seguidores de Le Pen que o digam, entre tantos outros.

Nessa perspectiva, a civilização é algo a ser preservado contra a ameaça externa, é algo a ser cercado, blindado. Não há como evitar que ocorra à mente um significado original do termo *polis*, que é muro, limite; o que mais uma vez nos recorda a íntima associação da noção de civilização com o medo, que é transferido para fora, para o de fora. Afinal, nossos conceitos trazem, todos eles, as marcas de múltiplas incrustações históricas, e não há como tentar limpá-las, nem cabe esse gesto; mas cabe, sim, saber discernir suas muitas camadas indutoras de interpretações tácitas.

Ocorre que, seguindo-se esta linha de argumentação, logo concluiremos que a idéia de barbárie é uma construção que não resiste à mudança de perspectiva gerada pela consideração do outro como legitimamente diferente e merecedor de respeito como tal. Seria razoável prosseguir, nessa mesma linha, dizendo que esse gesto de alçar o outro à condição de diferente mas igual, é o gesto civilizado por excelência.

Mas isso não é suficiente. Como a nova direita européia descobriu há bom tempo e já foi demonstrado por vários ângulos pelos seus críticos – basta pensar, entre nós, nos trabalhos de Flávio Pierucci – o tão decantado respeito pelo outro não rompe o círculo perverso do confronto do particular com o particular, em que cada qual fica do seu lado na sua irredutível diferença. Claro que somos de fato diferentes. Nisto reside o momento de verdade da barbárie. A sua falsidade consiste precisamente em tornar absoluto esse seu momento de verdade. Todo relativismo repousa em algum absoluto inquestionável. Civilização, para fazer sentido, remete ao universal. É só neste que se pode romper, pela descoberta dos laços que atravessam o conjunto todo, a casca opaca das peculiaridades tornadas absolutas e externas umas às outras. O jogo das peculiaridades soltas ainda é da ordem da barbárie. Em primeiro lugar, porque nesse plano não é possível evitar que o 'respeito' pelo outro deslize rumo à 'indiferença' face ao outro. A aceitação generalizada da diferença é a expressão exata da indiferença.

Meu argumento agora é precisamente este: a face contemporânea da barbárie exprime-se na indiferença. Mas há um segundo passo nesse argumento: essa associação entre barbárie e indiferença é fundamental porque a indiferença é um traço estrutural básico da forma de organização das sociedades que corresponde ao modo contemporâneo de operação do capitalismo. A idéia é que a lógica da funcionamento do intercâmbio intra e internacional no interior do sistema 'global' que se vai desenhando nas últimas décadas envolve um aspecto da maior importância, a saber, o aumento de capacidade de decisão de um número restrito de agentes econômicos operando em todos os quadrantes planetários gera efeitos em grande escala marcados pela circunstância de serem em grande medida 'indeterminados'. Mais: essa indeterminação é suscetível de ser incorporada por esses agentes dotados de capacidade de decisão altamente concentrada porque a propagação dos efeitos dos seus atos pode, em grande medida, ser considerada irrelevante para os seus objetivos pontuais.

Nessas circunstâncias, altera-se o próprio significado do termo 'decisão'. Na origem, ele se referia ao ato de um agente senhor da sua vontade que, numa situação de crise, isto é, de paralisia por extremarse a distância entre as opções disponíveis, intervém para criar uma nova situação, uma nova configuração, no limite, uma nova legalidade.

Nesse sentido, decisão não se confunde com escolha entre alternativas, pois é a criação de novas alternativas. Nessa concepção, a oportunidade importa para a decisão, sem dúvida, mas a orientação básica é para o controle da situação, da maneira mais integral e no prazo mais longo possível.

Não é mais este o caso na etapa contemporânea. A palavra de ordem é mobilidade, rapidez, sobretudo. Decisão deixa de ser um sinal da *virtu* do agente que depois busca conservar o objetivo conquistado para ser a capacidade de detectar num átimo a oportunidade da 'fortuna' fugaz. Isto não é de hoje, cada vez mais os agentes do capital percebem que seus interesses não mais repousam na capacidade de explorar produtivamente a força de trabalho (isto é subsidiário), mas na incorporação de técnicas organizacionais e de planejamento que lhes permitam, em um mundo globalizado e hipercomplexo, concentrar em cada momento a atenção estritamente naquilo que lhes importa. Não se trata mais de buscar eliminar os componentes irracionais, vale dizer, incontroláveis, do ambiente em que se age, mas de 'ignorá-los' – não por negligência, mas por exigência de funcionamento de um sistema hipercomplexo. Nitidez na escolha do alvo, mobilidade e rapidez na decisão são os imperativos.

No modelo clássico do mercado concorrencial, ações singulares de agentes com alcance limitado equilibravam-se mutuamente, dispensando toda intervenção. O modelo pode ter sido uma aproximação grosseira, mas serve de contraste com uma situação como a atual, na qual as ondas de choque criadas pelas ações de alguns poucos agentes literalmente monstruosos – porque não só desconhecem a força que têm como não se importam com isso quando agem – obrigam a repensar outra categoria central do pensamento moderno: a de 'controle'. Claro que os grandes agentes decisivos têm, talvez mais do que nunca, controle sobre seus objetivos imediatos e sobre o formato organizacional mais adequado para atingi-los. O que acontece é que a escala de operações e a complexidade dos seus ambientes tornaram-se de tal ordem que os efeitos secundários – diretos, indiretos e combinados ou sinérgicos – extravasam o controle, não só pela natureza que assumem, mas – e este é o ponto decisivo – porque não mais importam a quem os desencadeou.

Pode parecer pouco, mas há uma diferença enorme entre o agente que conhece os seus limites de intervenção eficaz no mundo e se

preocupa com isso, quando nada para superá-los, em uma busca implacável de controle sobre o mundo, e o agente a quem simplesmente não importa o que decorre das suas ações para além dos limites dos seus objetivos imediatos.

Na sua acepção primitiva, a idéia de controle envolvia uma 'responsabilidade' do agente, uma capacidade de resposta às conseqüências dos seus atos, sem a qual perderia também sentido a idéia de 'organização'. É também por isso que o programa socialista clássico, sobretudo na sua versão revolucionária, vai perdendo fôlego ao longo desse período, pois não há como gerar, pela capacidade de resposta à ação de um adversário que necessariamente incorpora as regras do sistema em que age, formas de organização que permitam arrebatar-lhe o controle dos processos numa situação em que ele há muito abriu mão da racionalidade organizada-controladora que permitiria de algum modo prever seus atos. O novo ambiente combina, de modo peculiar, a concentração de capacidade de decisão com o caráter aparentemente errático das ações. Eis porque faz sentido sugerir que a ênfase na dimensão da 'organização' é do passado, substituída que vai sendo pela ênfase na 'mobilidade'. Não é um mero jogo de palavras afirmar que as novas condições históricas vão contrapondo, como problema a ser resolvido, a possibilidade da organização responsável pelo exercício da mobilidade oportunista.

É nessa linha de reflexão que se pode sustentar que a lógica econômica dominante está centrada naquilo que se poderia denominar 'indiferença estrutural', que envolve a 'irresponsabilidade' das agências decisivas – empresas –, mas também, em escala crescente, os estados nacionais – em relação a tudo que exceda a órbita imediata da sua ação. Nesse sentido, desgastam-se os laços entre processos econômicos e poder político e acaba fazendo sentido a imagem – errônea quanto ao resto – da crescente perda de substância do Estado como instituição classicamente associada ao âmbito nacional.

Não insistirei sobre o radical economicismo que anima a atual ordem dominante, nem sobre a desqualificação da dimensão política nisso envolvida – outros já o fizeram de modo exaustivo. Importa, neste passo, assinalar a importância que assume, no mundo cujos contornos se vêm desenhando, a contínua criação de 'áreas de indiferença', por efeito desse paradoxo do alcance global das decisões: à multiplicação

de focos de atenção pontuais responde o aprofundamento da indiferença estrutural. A dificuldade da questão só aumenta quando consideramos que indiferença não envolve necessariamente a ausência de mecanismos seletivos. Pelo contrário, eles ganham papel decisivo. O termo 'decisivo' é intencional: alude à circunstância de que, na forma de organização das sociedades e do seu conjunto, vai ganhando corpo a substituição da decisão de agentes identificáveis por operações seletivas incorporadas à rotina de sistemas complexos. São essas operações que definem o que é relevante ou não, o que merece atenção e o que cai na área de indiferença. Trata-se de um modo de dar conta da impossibilidade da decisão por agência responsável, posto que nenhum agente, ou conjunto de agentes (classe, por exemplo), tem como aspirar à visão de conjunto das ações possíveis e dos efeitos previsíveis sem a qual a ação deixa de ser a expressão de uma capacidade de iniciativa para ser mera resposta, reação a demandas e estímulos.

Lembra-se com freqüência o caráter exclusivo das sociedades que se vão formando na nova ordem. Mas é preciso considerar que essa exclusão não mais se dá em termos da natureza 'inconveniente' de tal ou qual grupo social bem definido, mas incide sobre setores inteiros das sociedades, não porque sejam inconvenientes (minorias étnicas, por exemplo) mas porque são 'irrelevantes'. Essa é a contrapartida social da relação entre o poder dos grandes agentes econômicos de decisão e o seu desinteresse pelos desdobramentos das conseqüências dos seus atos. Em ambos os casos, áreas inteiras do terreno em que se opera tornam-se irrelevantes, insignificantes, convertem-se em áreas de indiferença. A contrapartida política disso é a redução da democracia à sua dimensão mínima, de método de escolha de governantes no interior do mercado político. A resposta possível a essa tendência (Estado mínimo mais democracia mínima mais seletividade sistêmica máxima) consiste em aprofundar a democracia, no sentido da ampliação das áreas de relevância na sociedade para o debate e a deliberação públicos e na ênfase na responsabilidade. Em suma, é hora de reatar os laços entre democracia – levada a sério, não como *slogan* vazio para designar mercado político e civilização –, passando pela valorização da figura da cidadania – outro termo da maior seriedade que vai sendo corroído pelo uso rotineiro.

Não há, pois, como não ser normativo. Nem tampouco há como fazer avançar as ciências sociais sem recuperar grandes temas – como o da 'responsabilidade' – que se tornaram troféus daqueles que não estão interessados em enfrentá-los a sério. A busca de um novo padrão civilizatório, em que a própria relação entre civilização e barbárie seja revista para além do jogo dos particularismos, por plurais e múltiplos que sejam, é uma exigência inescapável. E, dentro dela, a demonstração, mais uma vez e em novos termos, de que a invocação do particular e da diferença na ausência de um universalismo criticamente refletido leva os programas de ação a se perderem em um jogo em que ninguém responde por nada – e, portanto, não há agência – e ninguém é capaz de mobilizar formas de organização para ir além do imediato – e, portanto, não há sistema; um contra-senso em que se exibe com nitidez que, neste admirável mundo novo, as categorias de análise e as formas de intervenção social correspondentes ainda estão por ser construídas.

2 Dinâmica Global e Dinâmica Local: tensões e contradições

Francisco Maria Cavalcanti de Oliveira

A primeira coisa a ser feita é encarar as dimensões da globalização, que é hoje o 'ai Jesus' da imprensa, da mídia, dos governos e das empresas. Parece que todos os processos são globais, e o pior de tudo é que a globalização é vendida como um processo harmônico e homogêneo, uma espécie de jogo de soma positivo, sem que se examine concretamente o que significa. Mas, apesar disso, não convém fechar os olhos, não convém assumir a postura de que não há uma nova modalidade de existência do sistema capitalista e que tratar-se-ia apenas de um modismo. Essas duas posições extremas não conseguem de fato captar qual é o processo que está em curso.

Em primeiro lugar, o que estamos chamando hoje de globalização tem características muito diferentes de processos anteriores, mas, do ponto de vista da continuidade, é um processo velho de quinhentos, a *longue durée* de que falava Fernand Braudel.

A globalização corresponde ao processo de expansão mundial do sistema capitalista. Se se está comemorando os quinhentos anos do descobrimento, é aí que se fixa o primeiro momento de um sistema que se expande em escala mundial; portanto, há um fio de continuidade ligando todo esse longo período histórico. É necessário ver qual é a nova especificidade para que possamos falar com propriedade de um processo global.

Os que estão na área especial de ciências da saúde, experimentam esse processo cotidianamente; negá-lo seria algo como se dizia a respeito do avestruz, meter a cabeça na areia e deixar a realidade passar. Todos nós o experimentamos, no fato mesmo de que, pelos avanços

da tecnologia, a última novidade científica no campo médico e no campo da prevenção está ao alcance de qualquer computador, em qualquer de nossas salas. O que não quer dizer que o conhecimento possa ser realmente globalizado. Não significa dizer que a cura, a utilização dos medicamentos, ou a utilização de meios para obtenção da saúde, estejam à mão, nem sequer que os próprios experimentos científicos possam ser repetidos.

Ao se falar de globalização, seu sentido para um cidadão de Nova Iorque é radicalmente diferente daquele para um cidadão de Uganda. Não tenhamos ilusões: a escala e a qualidade da globalização lhes são fundamentalmente diferentes. Tal fato não pode ser desconhecido, sob pena de fazermos uma análise equivocada, do que decorre não sabermos enfrentar os problemas que a globalização nos propõe e de alguma maneira nos impõe, mas tampouco pode-se encará-la de forma inteiramente acrítica.

A globalização é marcada, sobretudo, a partir do momento em que o sistema econômico começou a circular com uma nova intensidade, movido pelos novos meios técnicos. É uma realidade muito palpável que o processo de produção de mercadorias está se tornando dividido e distribuído por um grande número de países; dividido e distribuído, e não benéfico.

Há divisão quando a Nike faz seus tênis na Malásia, mas os lucros da empresa vão integralmente para os Estados Unidos, ao passo que, na Malásia, ficam salários que mal se comparam com os salários dos Estados Unidos. Mas é verdade que a Nike pode hoje dispor de fábricas em todo mundo, utilizando apenas uma marca. Esta é outra característica extremamente importante globalização: ela é em geral um processo de circulação das marcas, das grandes marcas e das grandes empresas que se tornaram verdadeiros signos; na verdade, circulam muito mais signos, do que mercadorias.

Esse processo surgiu anunciado como a era da total homogeneidade. A era em que todos podiam se beneficiar de tudo, estabelecendo-se um novo equilíbrio em que cada país e cada nação concorreriam com o que têm de melhor, melhor qualidade, em que têm excelência. Para os que trabalham em economia, essa é uma lenda antiga, pois é uma restauração da velha teoria das vantagens comparativas do comércio internacional, formulada pelo grande economista inglês, um clássico

da economia política do século XIX, David Ricardo, com quem Marx aprendeu muito.

Essa teoria estabelecia que o progresso dos países se dá quando, comerciando livremente, estes obtêm vantagens comparativas, deixando para outros países a produção daquilo para o qual não são dotados. É fácil ver que, por trás de tudo, estavam os interesses da Inglaterra, a primeira economia realmente industrial, berço do capitalismo.

A globalização foi anunciada como uma nova liberdade, da qual todos podiam se beneficiar com lucros; esta é a forma em que ela se apresenta em geral, sobretudo através dos meios de comunicação. Os estudos mais recentes, entretanto, têm fornecido uma visão bastante distinta.

É fato que há um processo que pode ser chamado de globalização, que reside nessa intensa circulação sobretudo de capital financeiro, que se aplica, dado o avanço tecnológico, em tempo real, isto é, o operador da bolsa de São Paulo opera ao mesmo tempo na bolsa de Tóquio; até a diferença de fusos horários rema a favor. O operador da bolsa de São Paulo já pode saber, como o sol nasce antes no Japão, se as taxas no Japão subiram ou desceram ou mantiveram-se estáveis, e com isso o seu movimento na bolsa de São Paulo pode ser redirecionado. É verdade também que há uma fortíssima internacionalização do capital produtivo: o exemplo da Nike vem à mão. Também há uma intensa globalização da cultura, ou pelo menos do *entertainment*: se há muito tempo já consumíamos os produtos de Hollywood, hoje os consumimos em tempo real: a 'aura' da festa de entrega do Oscar pode ser compartilhada por bilhões de pessoas pela televisão; poucos estarão usando, diante da mágica telinha, os *visons*, *Armanis* e *Versacces*, mas todos estarão rindo e aplaudindo. Afinal, nunca é tudo, como dizia Caetano Veloso.

Os estudos recentes, entretanto, têm mostrado que a globalização, longe de ser uma homogeneização crescente e que reparte os frutos de uma forma equânime, é, ao contrário, muito estratificada, segmentada e hierarquizada.

Inúmeros estudos (a literatura em inglês e francês é vastíssima) mostram a consistência, permanência e durabilidade do núcleo duro do sistema, o conjunto de 14 países que são os que, desde o fim do século XVIII, estão na crista da onda de condução, orientação, produção

e reprodução do sistema. A única exceção e novidade desse quadro é a entrada do Japão, a partir da Segunda Guerra Mundial. É fácil reconhecê-los: os Estados Unidos, que entram já na segunda metade do século XIX, emergindo como a nova potência mundial; a velha Inglaterra, um leão não tão desdentado assim; a França, a Alemanha, Bélgica e Holanda; os países nórdicos, Suécia, Dinamarca, Noruega e Finlândia, Itália; dois países da Oceania, Nova Zelândia e Austrália; e por último o Japão. Isto mantém-se com uma extraordinária consistência e imutabilidade. Os países da chamada periferia do sistema capitalista nunca integraram o núcleo duro, e suas industrializações pós Segunda Guerra Mundial, apesar de todos os esforços, os mantiveram apenas no mesmo lugar: foi nadar para morrer na praia. Como disse Giovanni Arrighi, a ilusão do desenvolvimento.

A Argentina, no começo do século XX, tinha uma renda *per capita* igual ou superior a de países como Suécia, Noruega e Holanda. Se o Japão é um caso de nascimento dentro do núcleo duro, a Argentina é um caso de falecimento, pois seu atestado de óbito já tem mais de quarenta anos. Mas de fato a Argentina nunca foi do núcleo diretor do processo. O país era apenas um caso ricardiano, desde que se notabilizou e cresceu enormemente graças à fertilidade do solo e ao seu papel no comércio mundial de grãos e de carnes. A Argentina é um enigma da história da economia e da história da sociedade no capitalismo.

Então, a primeira constatação é de um sistema fortemente centralizado em torno desse núcleo duro. Dentro dele mesmo há enormes diferenças, pois a economia dos Estados Unidos é pelo menos vinte vezes superior à da Holanda, Noruega, ou Dinamarca; é pelo menos quatro vezes superior à da França; três vezes superior à da Alemanha e, pelo menos, duas vezes e meia superior à do Japão. Há enormes diferenças, mas de qualquer maneira eles detêm o controle financeiro, que atualmente é vital, é a marca registrada da globalização, além de deterem o controle de processos produtivos e do progresso técnico.

O resto é uma periferia cujas gradações vão desde os ‘tigres asiáticos’, agora ‘gatos’ – Coréia, Hong Kong, Malásia e Taiwan –, que experimentaram recentemente uma dura crise, passando por uma semiperiferia (do ponto de vista de seus tamanhos), que inclui Brasil, Indonésia, Índia e, agora, China, que está assustando uma subperiferia mais distante, espécie de Netuno do sistema solar, a América Latina, e

uma ainda muito mais distante, que é Plutão, o planeta mais frio que representa o continente mais quente, a África, que é, realmente, com exceção de Israel, uma não-periferia, a África saída da colonização.

Trata-se, em primeiro lugar, de um sistema fortemente estratificado e, em segundo, dividido segundo escalas de riqueza, poder e controle, formando um sistema concêntrico. Com suas periferias, seus anéis girando em torno do Sol, que é o núcleo constituído pelos 14 países que são mais ou menos imutáveis. Em terceiro lugar, é fortemente centralizado, hierarquizado e segmentado, no sentido de que as avenidas não são de dupla mão, não há trocas equivalentes entre o núcleo duro e suas várias periferias; mas com a seguinte qualificação: os países do núcleo do sistema exportam capitais, que é a principal característica da globalização, e recebem de volta dos países da periferia uma massa de recursos algumas vezes superior aos capitais que exportaram.

Toda a dívida externa dos países da periferia volta para o núcleo acrescida do que é produzido na periferia. Trata-se de um sistema de pilhagem. Portanto, é segmentado do ponto de vista de que a qualidade e a quantidade do que se envia e do que se recebe nesse circuito mundial é extremamente diferente, seja pelos produtos fornecidos, seja pelo capital emprestado. É, desse modo, um processo com três características bem marcantes, ao contrário da mitificação sobre a globalização como um processo de lucro para todos, uma espécie de jogo de soma positiva.

É certo que esse processo é crescente, substituindo o mundo dual, anterior a *débacle* da União Soviética. Aquela espécie de 'duopólio' do poder mundial quebrou-se; é dos nossos dias, é nosso contemporâneo. Mas o interessante do processo é que a antiga bipolaridade terminou com uma estranha inversão, pois o sistema que desafiava o capitalismo tornou-se sua periferia, talvez das piores. É o chamado capitalismo mafioso, *made in Italy*, *made in Mezzogiorno, New York and Chicago.* Seria uma ironia da história que o único sistema desafiante ao longo do século XX tenha se convertido em um capitalismo de mafiosos.

Mas a história está a nos mostrar cotidianamente que o capitalismo 'honrado' e 'civilizado' e o mafioso nunca andaram muito longe, e um aprendeu com o outro, e freqüentemente se retroalimentam. Portanto, assinala-se que é um processo que está longe de haver terminado e não há no momento nenhuma contratendência que aponte para outra alternativa a esse processo global.

Dito assim, parece uma enorme concordância com toda propaganda feita hoje, sobretudo com a propaganda feita por governos que aderem de forma submissa ao processo de globalização. O ex-presidente Fernando Henrique Cardoso afirmou, sem muitos rodeios, que a globalização é uma espécie de questão e de proposição incontornável e inescapável. Entendido do ponto de vista da expansão contínua do universo capitalista, evidentemente ninguém fica fora dele, como ninguém ficou fora desde o seu começo, desde o primeiro grande movimento de globalização, financiado pelos banqueiros de Gênova, comandado pelo grande Almirante do Mar Oceano, Cristóvão Colombo.

Desse ponto de vista, todos os países e todos os sistemas foram paulatinamente, todos de forma violenta, sendo incluídos nessa espécie de buraco negro que colapsava todas as forças ao seu redor. Mas há diferentes formas de entrar no processo de globalização. É aí que entra o outro lado, chamado local, das dinâmicas locais. A pergunta é: permanece alguma dinâmica local em um processo tão avassalador, cuja foça, segundo os mais apologéticos, ultrapassa mesmo a potência dos Estados-Nações? Assim, dizem as bíblias da globalização, como a *Folha de S. Paulo* – o '*Estadão*' é mais provinciano –, mas a Bíblia também tinha suas malandragens. Quem leu a história de David sabe que, botando o marido na linha de frente, sobrou a viúva. A Bíblia, como dizia um velho cínico brasileiro, Roberto Campos, é como as estatísticas e o biquíni: esconde o essencial e mostra o supérfluo.

Nesse processo se esconde a visão apologética, segundo a qual a dimensão local é completamente avassalada e impotente para se lhe opor. Segundo tal enfoque, a globalização parece-se com Maluf, 'estupra mas não mata', pois não há uma terceira alternativa. Sempre que essa visão de 'não há alternativa' for anunciada, por trás dela estará uma posição geralmente fascista, quer dizer, a falta de alternativa é a incapacidade de escolha dos 'bodes expiatórios'.

De fato, os apologetas dizem todo dia que só o faturamento da General Motors é maior do que o produto bruto da maior parte dos países da periferia capitalista. Isto é verdade do ponto de vista quantitativo, mas as pessoas e os cidadãos não decidem na assembléia de acionistas da GM. O local tem, então, essa qualidade: os cidadãos podem decidir, através de suas instituições, o que faz toda a diferença em relação a uma assembléia da GM. O local pode tensionar a dinâmica

global a partir da vontade de cidadãos de cada local, de cada Estado nacional. Essa é a grande questão: a dinâmica global escapa exatamente porque ela se processa sobretudo na área da economia, que permanece irredutivelmente como uma ditadura do capital.

Cidadãos do mundo são como o banqueiro Safra. Nasceu no Líbano, naturalizou-se brasileiro, migrou em seguida para os Estados Unidos, era cidadão de Israel, morreu em Mônaco e se enterrou em Genebra. Para nós, no máximo, chegamos à Vila Alpina, os que querem ser cremados, ou vamos por aí, da Consolação ao Araçá, do São Paulo ao Morumbi, até onde Deus e o dinheiro der.

O desenvolvimento local pode ser o *locus* em que decisões compartilhadas de forma cidadã podem opor-se ou dar direções ao processo chamado mais geral de globalização. É verdade que aí o jogo também é muito desfavorável, pelo fato de que os cidadãos dos países ricos, do núcleo do sistema, são muito mais cidadãos do que os da periferia.

De qualquer maneira, o interessante no processo de globalização é que ele não cria contradições apenas na periferia, está sendo o exemplo mais descarnado. Também os cidadãos do núcleo duro do sistema experimentam dificuldades: perdem empregos, porque se a Nike antes fabricava tênis nos Estados Unidos, agora os fabrica na Malásia, Sumatra, ou onde convier à empresa. Isto já apareceu, de forma dramática, na recém falecida Conferência de Seatlle, onde os Estados desenvolvidos tentaram impor pela primeira vez a chamada 'cláusula social', ou 'cláusula trabalhista'. Isto é, entre os critérios para o comércio internacional – excluem-se as finanças – deve existir o respeito aos direitos trabalhistas.

Parece que os dirigentes dos países ricos são muito bonzinhos e de repente viraram virtuosos. Na verdade, o que está em jogo não é a virtude, mas a fortuna, na velha fórmula maquiaveliana: o fato de que, no movimento das grandes empresas transnacionais, elas vão onde a mão de obra é mais barata. A mão de obra é mais barata no Brasil, cujo estado é de 'mal-estar', ou na China, cujo salário-base é de 25 dólares por mês, menos de um dólar por dia. De novo estamos em uma época, como se dizia na minha infância, de 'negócios da China'. Ou é a total inexistência de nada, que é o caso africano, para onde estão indo grandes empresas do *agrobusiness*, ou são os Estados paternalistas, exatamente os 'ex-tigres asiáticos', onde não há propriamente direitos,

mas uma relação de reciprocidade muito parecida com o sistema feudal. Por isso, hoje, aparece como cláusula essencial a chamada ‘cláusula social’.

Atualmente, em alguns ramos da indústria, não há praticamente quem resista à China, que coloca aqui, como todos sabem, qualquer bugiganga a um preço inimaginável em termos brasileiros. Para um mercado constituído por uma parcela enorme da população que não chega a ganhar meio salário-mínimo, a China faz o milagre de produzir dez vezes mais barato do que qualquer brinquedo que é produzido no Brasil. Os profissionais da área médica já devem estar importando estetoscópio chinês a preço de bolo.

É por isso que essas contradições estão tocando profundamente, no sentido de agora pressionarem pela ‘cláusula social’. Parece estranho que a posição contrária seja tomada pela periferia, que deveria dizer: ‘tudo bem, vamos elevar o teto da previdência social’, ‘vamos incluir mais pessoas’, ‘vamos acabar com esse sistema informal de mercado de trabalho e dar garantias a todas as pessoas, e vocês, superdesenvolvidos, que financiaram a dívida, financiem nosso Estado do Bem-Estar’. Ao contrário, os países subdesenvolvidos dizem: ‘não, pois a cláusula social tende a nos prejudicar’. Seria cômico se não fosse trágico: são eles que estão contra a inclusão da cláusula trabalhista.

As economias locais hoje são pouco menos que extensões da economia globalizada, pois a discussão que importa diz respeito à possibilidade de que a dinâmica local, expressando as demandas dos cidadãos, possa nos *fora* internacionais, mesmo nas relações de troca que são estabelecidas, colocar novos códigos, novas condicionalidades ao processo de uma economia que realmente se mundializa – para transformar este desenvolvimento, o que é, evidentemente, uma utopia.

Mas resta a possibilidade de, desse modo, se influenciar a agenda de decisões em caráter mais global. Utilizando os meios da própria geopolítica, pois países da dimensão da China, Índia, Brasil e Indonésia pesam nas decisões internacionais pela relevância geopolítica. Evidentemente, não só por serem ‘gigantes em berço esplêndido’. Disso resulta uma outra estratégia que pode ser perseguida e que vem sendo tentada há muito tempo na América Latina (o Mercosul é o exemplo mais recente) – uma estratégia de subagregar para poder melhor enfrentar e negociar as posições nesse processo mundial.

Infelizmente, processos como o do Mercosul têm uma grave contradição, porque estão sendo conduzidos por coalizões políticas que estão no 'ôba ôba' da globalização indiferenciada. Essa integração sul-americana está sendo conduzida sob a ótica neoliberal de desmonte. Ela não tem nada de muito bom a oferecer a curto prazo, mas, sem dúvida, pode ser um caminho alternativo para enfrentar de forma menos desigual o jogo pesado de forças, que não é apenas econômico. A estratificação do sistema de poder mostra, sem nenhuma casualidade, sem nenhuma aleatoriedade, que exatamente o núcleo duro do sistema capitalista constitui-se de ganhadores das guerras internacionais, travadas há longo tempo, desde as guerras de criação dos Estados nacionais, na Europa, até as guerras de libertação, e até a Segunda Guerra Mundial. É um núcleo de vencedores: a violência nunca esteve fora da economia Ao contrário, ela é uma das grandes potências econômicas.

Embora isso pareça uma heresia, a verdade é que a violência faz parte das relações econômicas. Mesmo a Alemanha, a Itália e o Japão, derrotados na Segunda Guerra Mundial, aproveitaram-se da derrota para, sob a proteção dos Estados Unidos, refazerem suas economias. Uma espécie de 'estratégia da derrota', segundo Henry Kissinger, para deter o avanço do socialismo.

Uma outra alternativa consiste em fazer da globalização um aliado, no sentido de buscar internacionalizar certas redes sociais, certas redes profissionais e até redes de categoria. Os trabalhadores brasileiros estão ensaiando algumas dessas saídas; já que tudo é global, então vamos globalizar do lado do trabalho, o velho sonho utópico da Internacional de trabalhadores, cujo lema era o de Marx: "trabalhadores do mundo, uni-vos". Pois agora estão se unindo, buscando relações com outros sindicatos, apoiando a 'cláusula social'. Ninguém vai querer, trabalhadores e outros setores das classes sociais, nos Estados Unidos, na França, na Holanda, na Suécia, onde o Estado do Bem-Estar alcançou os níveis mais altos; ninguém vai querer ser regido, nem regrado pela previdência brasileira. Então, deve ser ao contrário. Os trabalhadores estão lutando hoje por contratos nacionais, por exemplo, e já por contratos internacionais. Há uma internacional, que não é aquela socialista, de trabalhadores da Ford; há uma internacional de trabalhadores da GM. Estão se gestando iniciativas desse tipo, para, como dizia o Evangelho, aproveitar as 'riquezas da iniquidade'.

3 Ciências Sociais em Saúde: um panorama geral

Everardo Duarte Nunes

No presente texto pretendo traçar o quadro de constituição do campo das ciências sociais em saúde. A amplitude dos campos disciplinares que conformam a área, a recuperação de sua história arqueológica, as relações entre a produção científica e o contexto sociopolítico e sanitário, a prática pedagógica e muitas outras questões são desafios a serem enfrentados e certamente não poderão ser abordados aqui em toda sua complexidade e completude.

Várias maneiras poderiam ser adotadas para contar a história desse projeto e dessa prática científica, cuja institucionalização se estende, hoje, por inúmeros países no mundo todo. Dentre as inúmeras possibilidades de abordar a questão, optei por traçar um panorama geral, destacando os momentos de maior inflexão do campo, da sua produção, de alguns personagens, e, no final, apresentar algumas perspectivas atuais da área.

Pode-se começar lembrando que, enquanto a experiência norte-americana nesta área tem suas origens há mais de cinqüenta anos, a experiência latino-americana no campo das investigações e do ensino em ciências sociais e saúde é mais recente, não tendo completado quatro décadas.

Como tem sido salientado pelos estudiosos, a primeira observação que sobressai quando se inicia a análise das ciências sociais em saúde, particularmente da sociologia, é a ausência de uma tradição clássica para esta área, quando comparada aos outros campos temáticos da sociologia.

Diversos autores apontam que todos os sociólogos clássicos, antes de Parsons, ignoraram a medicina como instituição social, mesmo

considerando que alguns deles fizeram incursões sobre a saúde e a doença, como o próprio Comte, ou Max Weber, que organizou e administrou hospitais em Heidelberg no início da Primeira Guerra, tendo visto por dentro o que havia estudado teoricamente, e fez do estudo da burocracia um dos pontos fundamentais da sua teoria sociológica. Mesmo Emile Durkheim, que escreveu uma obra fundamental na sociologia – *O Suicídio* –, que hoje reconheceríamos como um intento de associar a sociologia e a epidemiologia, e Marx e Engels, que escreveram sobre a saúde e a doença das classes trabalhadoras relacionadas às condições de vida e de trabalho, não fizeram da medicina um objeto da reflexão sistemática, e seus trabalhos não levaram ao desenvolvimento de uma sociologia da saúde e da doença.

Como escreve William Cockerham, sociólogo norte-americano atual, a idéia de que a sociologia médica tem um caráter diferente chega a ser aberrante, quando comparada a esses campos centrais da sociologia que estudam a religião, a política, os modos de produção e outros processos sociais básicos. Para o autor, a ausência deste campo deve-se ao fato de que realmente a medicina não era uma instituição que expressasse a estrutura e a natureza da sociedade. É interessante, contudo, quando se faz a arqueologia do campo da sociologia da saúde, vermos que o nome aparece no século XIX.

Em 1893, um médico da Pensilvânia, chamado Charles McIntire, faz uma preleção sobre a questão da sociologia médica. Esse trabalho é publicado no ano seguinte e é um marco interessante como ponto de partida histórico. Logo no início do século XX, em 1902, a primeira mulher que se formou em medicina nos Estados Unidos, Elizabeth Blackwel, escreve um livro intitulado *Essays in Medical Sociology.* Em 1909, James Warbasse escreve *Medical Sociology*. Essas citações são parte da história das preocupações com o campo da sociologia médica, mas, sem dúvida, os precedentes sociológicos importantes da disciplina são encontrados nos trabalhos que se produzem a partir do final da década de 20 e se estendem até os anos 40 do século XX, configurando uma primeira fase no desenvolvimento da sociologia médica norte-americana.

Esta primeira fase é muitas vezes pouco valorizada, mas não se pode esquecer que os trabalhos sobre problemas sociais e questões específicas sobre a distribuição da doença figuram como temas importantes

da chamada primeira escola de Chicago, que, sob a direção de William Thomas e Robert Park, realiza estudos da maior importância sobre as relações entre o espaço urbano e as questões da doença mental, do suicídio, da prostituição. São trabalhos que marcam o momento em que essas idéias de abordagem de aspectos sociais em relação à doença começam a aparecer.

Não se pode esquecer que, em 1922, Ogburn, que vai cunhar a expressão *cultural lag*, estuda a defasagem entre o cuidado médico e a sua aplicação. Esta é uma temática do começo dos anos 20. Temos de citar, obrigatoriamente, outros estudiosos que farão parte desse momento: Bernhard Stern; todos os antropólogos e as pessoas que lidam com o conceito de cultura, independente da sua formação, sabem que este verbete, da Enciclopédia de Ciências Sociais (*Enciclopaedia of Social Sciences*), foi escrito por ele. Stern vai ser, também, o sociólogo que, em 1927, publica um trabalho intitulado *Social Factors in Medical Progress*. É interessante conhecer a história desse sociólogo marxista, que teve problemas por assumir essa perspectiva em seus trabalhos. Talvez tenha sido este um dos fatores que motivaram sua relativa marginalização da história da sociologia médica.

Em 1935, uma questão que vai atravessar a sociologia da medicina e da saúde, o relacionamento médico/paciente, começa a ser estudada de forma mais sistemática.

Lawrence Henderson, bioquímico de formação, estuda sociologia e escreve um trabalho que se tornou fundamental, porque, pela primeira vez, se ocupa da noção de sistema social para estudar a relação médico/paciente. O autor forma um grupo importante na Universidade de Harvard, chamado grupo de Pareto, em que várias idéias serão desenvolvidas. Na história desse pensamento social que vai sendo construído, a importância de Henderson é das maiores. Ele figura, como referência, no pé de página do trabalho clássico de Parsons, publicado em 1951, sobre a questão da prática médica nos Estados Unidos. Este estudo torna-se amplamente conhecido, ao tratar dos papéis do doente, do médico e das relações que se travam entre eles, dentro desta abordagem.

Essas personagens iniciais são precursoras, mas se nós fôssemos verificar o momento em que realmente a sociologia aplicada à medicina começa a ter um desenvolvimento maior, poderíamos dizer

que é no término da Segunda Guerra Mundial, em um clima intelectual diferente em relação ao de outras especialidades sociológicas tradicionais, porque estas tinham suas raízes no século XIX.

A principal diferença dessa sociologia, que se cria, e dos outros ramos é que a expectativa das agências financiadoras e dos *police makers* é a de um campo aplicado, produzindo conhecimento social que pudesse ser usado na prática médica, nas campanhas de saúde pública e na formulação de políticas de saúde. Essa é a idéia importante que alavanca a construção desse campo, que terá um desenvolvimento extraordinário nos Estados Unidos.

Já me referi à importância que tiveram os primeiros estudos da escola de Chicago, estudos que serão mais densamente realizados na década de 50, portanto nesse período de pós-guerra. Um dos trabalhos fundamentais que surge então é o estudo de Hollingshead e Redlich, um sociólogo e um psiquiatra, que se associam, produzindo um trabalho pioneiro em relação ao estudo das classes sociais e da doença mental.

A idéia dos *police makers*, das agências financiadoras, pode ser perfeitamente vista porque esses trabalhos são feitos sob os auspícios do National Institute of Mental Health, que faz essa aliança inicial da sociologia com a psiquiatria, em uma cooperação bastante fértil. Assim, para os Estados Unidos, embora haja antecedentes importantes, vamos reafirmar que a direção que a sociologia assume ocorre no pós-guerra: a data é 1951, uma marca no desenvolvimento desse campo. Um momento importante é quando Parsons escreve um texto (*Social Structure and Dynamics Process: the case of modern medical practice*, que se torna paradigmático na área. Ao analisar a sociedade como um sistema de variáveis funcionalmente inter-relacionadas, inclui o estudo da prática médica e da relação médico/paciente como um exemplo de um subsistema social, definindo cuidadosamente os pré-requisitos funcionais necessários ao seu funcionamento. A sua conceituação de *sick role* será o ponto de partida de inúmeras investigações que se estendem até os anos 70, quando as abordagens de outro sociólogo, Elliot Freidson, ao situar os aspectos conflitantes do relacionamento médico/paciente, fazem emergir uma outra perspectiva sobre o tema.

Data também desse momento o aparecimento da crítica marxista à perspectiva parsoniana. Nesse panorama, não há propriamente uma substituição de paradigmas, mas uma trajetória em que certos

tipos de estudos vão sendo substituídos por um outro referencial teórico e metodológico. Assim, quando se instala, em 1954, o primeiro curso de doutorado em Yale, pode-se afirmar que se inicia um processo de produção que se incrementaria ao longo dos anos no que se denominou Behavioural Science, sociologia médica, sociologia na medicina, sociologia da medicina, ciências sociais aplicadas, sociologia da saúde.

Em 1960, a comunidade científica da área da sociologia dará o aval ao 'novo' (não era tão novo) campo, que é aceito como seção da American Sociological Association, da qual se tornaria o principal grupo. Em 1994, tinha cerca de 1200 membros. Esses pontos mostram que, tendo as origens mais remotas, a sociologia médica tem uma rápida expansão após a Segunda Guerra Mundial.

A diversidade que irá acompanhar o desenvolvimento da sociologia médica em anos recentes reflete as diferentes tradições históricas, intelectuais, que se firmaram no Velho e no Novo Mundo. Nesse sentido, essas tradições tornaram-se forjadoras de determinadas preocupações e visões de mundo, imprimindo características próprias aos caminhos trilhados pela área. Em realidade, como sabemos, a emergência de um pensamento social em saúde se estabelece estritamente relacionado com a problemática socioeconômica, político-ideológica e das tradições culturais e intelectuais de cada época e de cada contexto. A idéia do antropólogo Eduardo Menendez de que a revisão global do conhecimento, como em cada disciplina, ocorre tanto a partir de crises estruturais, como pela inviabilidade ou limitações dos paradigmas dominantes, ou das tendências hegemônicas das próprias disciplinas, parece-me bastante acertada, ainda que, não necessariamente, ambas as crises possam coincidir. Essa idéia pode ser ilustrada de diversas maneiras. Uma dessas ilustrações ocorreu em um outro contexto, o contexto britânico. Na história social britânica, aceitou-se que a epidemiologia social e os dados de investigação por meio de *surveys* eram importantes elementos no desenvolvimento de atitudes reformistas e subseqüente mudança legislativa e administrativa.

Voltemos à história dos Estados Unidos. Em relação à sociologia médica, Samuel Bloom, um veterano da área, foi quem praticamente instituiu este ensino em uma escola médica. Ele ensinou, pela primeira vez, sociologia a estudantes de medicina e publicou um livro muito utilizado por nós, *The Doctor and his Patient*. Ao contar a história

da área, uma história vivida e muito bem contada por ele, assinala, nessa trajetória (por isso vemos isto como exemplo em relação à questão de que este pensamento social é afetado por um conjunto de transformações), que a partir dos anos 60 ocorre uma mudança de perspectiva nos trabalhos dos sociólogos na área médica no seu país, passando da micro-análise para uma perspectiva macro-analítica.

A minha perspectiva foi macro-analítica em seu início. Hoje, se formos verificar, trabalham-se, com mais freqüência, aspectos micro-analíticos. Bloom mostra bem esta tendência nos Estados Unidos, e mostra também o momento em que a disciplina em pauta assume um aspecto mais político, que não tinha quando ela é iniciada nos anos 50.

Nos estudos sobre a constituição do campo das ciências sociais em saúde, muitos aspectos têm sido abordados e, dentre eles, os que dizem respeito à posição profissional dos cientistas sociais. Muitas vezes, esses cientistas enfrentaram uma dupla desvantagem, porque não eram médicos praticantes e não estavam envolvidos diretamente no cuidado do paciente, além de serem vistos como críticos das instituições médicas e do papel do médico, o que tornava extremamente problemática a sua inserção junto às próprias escolas médicas.

Esses problemas foram enfrentados no nascedouro da sociologia médica nos Estados Unidos e vão se repetir em outros países, e, mais tarde, na América Latina. Esses aportes iniciais são importantes, a meu ver, na medida em que, para a América Latina, tanto o projeto das ciências sociais como o da sua extensão à área da saúde apresentam algumas peculiaridades, embora não se negue a intensa influência dos Estados Unidos em alguns momentos de sua história. Outra questão que me parece importante é a de resgatar, mesmo que seja de forma sumária, alguns pontos sobre o desenvolvimento das ciências sociais e, particularmente, da sociologia.

Na América Latina, as ciências sociais, em particular a sociologia, projetam-se entre as décadas de 30 e 40, quando ocorrem também os prenúncios de uma preocupação com a saúde, embora apresentem desenvolvimentos separados. Trata-se do período no qual há, por parte de frações da burguesia local, um esforço de industrialização substitutiva de desenvolvimento capitalista independente e de modernização social.

Nesse momento, como é destacado por muitos autores, os estudos de diversas disciplinas das ciências sociais, principalmente

economia e sociologia, tornam-se autônomos e profissionais. Sabe-se que, na história do pensamento social na América Latina, houve uma forte influência européia, a fase da filosofia moral, seguida, após a independência das colônias, pela absorção das idéias de diversas correntes, tais como o saint-simonismo, o historicismo e o ecletismo.

No século XIX, o positivismo torna-se, em muitos países, como o Brasil e México, doutrina oficial. Há, evidentemente, algumas correntes dissidentes desenvolvendo uma sociologia marginal. É também o momento no qual se institucionaliza a sociologia, com a criação das cátedras em vários países – Colômbia, em 1882; Argentina, 1897; México, em 1900, e Equador, em 1906.

No Brasil, o desenvolvimento da sociologia como um campo acadêmico irá ocorrer na terceira década do século XX, com a criação, em 1933, da Escola Livre de Sociologia e Política, em São Paulo, e, em 1934, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo. A crítica ao positivismo e ao racionalismo abre campo para outras correntes. A partir dos anos 50, desenvolve-se a fase denominada sociologia científica, quando é grande a influência norte-americana. As características dessa sociologia são: o caráter internacional, a profissionalização, a distinção entre ciência e ideologia, a institucionalização, a promoção da pesquisa empírica e da metodologia como principal tarefa, a adoção da teoria da modernização.

Na segunda metade dos anos 60, abre-se a fase da sociologia crítica, que aparece quando fracassam os projetos desenvolvimentistas. Para o sociólogo Pablo Gonzalez Casanova, que assume, em 1966, a direção da *Revista Mexicana de Sociologia* e a direção do Instituto de Investigações Sociais da Universidade Nacional Autônoma do México, a marca desse período, não somente no México, mas em todo o continente, será a de investigar a dinâmica da desigualdade. Investigar as condições demográficas de alimentação, nutrição, trabalho, emprego, consumo, economia, transporte, moradia, vestuário, lazer, recreação, saúde, seguridade social, liberdades humanas, o voto e a participação da mulher.

Nesse momento, propunha-se uma interpretação política e social dos fenômenos com uma crítica do Estado. Estudar a realidade de cada país, com base em um enfoque marxista, torna-se uma forma de pensar que se generaliza. Para alguns analistas, é no chamado período

dependentista que o pensamento latino-americano realiza a criação original de um marco interpretativo geral, a partir das relações entre o centro e a periferia, com a teoria da dependência. O tema da dependência começa a desaparecer quando se percebe que as suas teorias foram incapazes de predizer tanto o futuro dos regimes políticos da região como o caráter das forças políticas que contribuíram para essas mudanças.

Para Pablo Gonzalez Casanova, a experiência e a novidade histórica que se passa a viver, a forma pela qual se vive a crise em cada um dos nossos países e seus continentes, os efeitos imediatos, bem como os que podem ocorrer em um futuro mais remoto, são temas que exigiriam uma reflexão cuidadosa, de modo que se tornou necessário, para as ciências sociais, pensar de forma diferente e recolocar questões que caminharam desde a própria conceptualização do Estado, do movimento operário, do movimento dos camponeses etc. até a metodologia empregada; ou seja, desde os temas até as perspectivas. O que tem sido comprovado na literatura geral, a partir desse momento, é o surgimento de novas categorias, novos elementos para interpretar a realidade. Pablo Gonzalez Casanova apresentou um belo trabalho como parte do Pré-Congresso Mundial de Sociologia, cujo tema central foi 'A herança da sociologia e o futuro das ciências sociais no século XXI'. Ele retomaria essa discussão de uma forma brilhante e eu vou lembrá-la mais no final deste texto.

Esses são alguns panoramas apresentados: o panorama originário de um país central, um pouco do desenvolvimento das ciências sociais e, em especial, da sociologia na América Latina. Tento, com esta apresentação, apresentar algumas questões, assim como o panorama do momento em que a análise se volta para o campo da saúde. É interessante observar que esse tema não foi incorporado na rica e produtiva exploração de problemas sociais na América Latina, a não ser esporadicamente.

Observa-se alguma preocupação entre os anos 30 e 40, mas somente a partir de 60 e de 70 é que essa incorporação realmente se efetiva, firmando-se como tema de pesquisa e como preocupação de ensino pós-graduado. Existem alguns antecedentes que podem ser lembrados, como convênios bilaterais entre o governo dos Estados Unidos e diversos países latino-americanos, feitos em 1942, nos quais há interesse

pelos temas de saúde, até porque esse era um interesse da divisão de saúde e saneamento do Instituto de Assuntos Interamericanos.

Do ponto de vista militar, tratava-se de melhorar as condições de saúde, sobretudo em relação às exigências das Forças Armadas e das Forças Aliadas. Do ponto de vista político, pretendia-se cumprir as obrigações do governo americano em relação ao governo latino-americano e brasileiro (realizara-se uma conferência no Rio, em 1942, e assumiram-se alguns compromissos em relação a esses pontos). Do ponto de vista da produção, buscava-se obter um aumento da produção de materiais essenciais em zonas onde existissem más condições de saúde. Do ponto de vista moral, a intenção era demonstrar através de fatos, e não somente de palavras, os benefícios tangíveis da democracia em marcha e conseguir apoio da população civil. Estes foram alguns dos pontos levantados nesses convênios bilaterais.

Outro antecedente que pode ser citado diz respeito às primeiras investigações antropológicas sobre fatores socioculturais em saúde, que foram feitas junto aos serviços de saúde no final dos anos 30 e durante a década de 40. Dois antropólogos fizeram esse trabalho: Charles Wagley, que estava no Brasil desde 1939, e a convite do Museu Nacional, realizou estudos na região Amazônica para a instalação do serviço especial de saúde pública, onde permaneceu até 1946, e, na década de 50, Kalervo Oberg, que realizou, a pedido do serviço especial de saúde pública do Instituto de Assuntos Norte-Americanos, estudos de comunidades em alguns estados brasileiros, a fim de subsidiar o planejamento sanitário.

Em outros países da América Latina, os primeiros cientistas que se incorporam também são antropólogos. No caso da América Central, particularmente do Panamá, junto ao Instituto de Nutrição da América Central e Panamá, os primeiros programas trazem o patrocínio, além do Instituto de Assuntos Interamericanos, da Oficina Sanitária Pan-Americana, da Divisão Internacional da Fundação Rockfeller e do Serviço Cooperativo Interamericano de Saúde Pública. Isso mostra a antigüidade desses trabalhos, o que se comprova vendo os primeiros levantamentos de referências bibliográficas, em que aparece medicina tradicional, destacando-se nessa produção, em um primeiro levantamento sobre a produção científica na área das ciências da conduta feito em 1965, publicados em 1966. São trabalhos particularmente

ilustrativos da complexa situação que se produz quando integrantes de equipes de saúde entram em contato com populações ou comunidades latino-americanas.

Alguns antropólogos já analisaram muito bem esse período e pode-se dizer que quase a totalidade dessa produção é identificada com a etnomedicina. É uma produção que não foi muito utilizada e se concentrou em determinados grupos de estudo, em determinadas populações. De um modo geral, a teoria dominante nesses trabalhos foi o funcionalismo cultural. A maior diferenciação do campo, no sentido de uma antropologia médica e da saúde, seria tarefa desenvolvida a partir da segunda metade dos anos 70.

Esses precedentes da pesquisa antropológica são importantes, mas a tentativa de incorporar as ciências sociais à saúde de forma sistemática vai ocorrer nos anos 60, em conseqüência de algumas questões que favoreceram a inserção das ciências sociais no ensino, questões estas que se fizeram ao modelo biomédico e ao seu papel orientador da formação médica. Nesse momento, como conseqüência de uma série de seminários e de congressos, realizados na América Latina, estabelece-se uma crítica muito contundente ao modelo de ensino, centrado no biológico, e que passa a ser redimensionado, inclusive em termos de novas disciplinas que são colocadas no currículo: a epidemiologia, a administração, a bioestatística, as ciências da conduta.

Essas disciplinas aparecem como uma forma de criticar a biologização do ensino, calcada em práticas individuais, centradas no hospital, introduzindo novos conhecimentos, mas também para fornecer uma visão mais completa do próprio indivíduo. Trata-se da integração conhecida como biopsicossocial, quando se trata do plano do indivíduo; e, no plano da comunidade, é a da chamada medicina integral, uma tradução da terminologia americana, denominada *comprehensive medicine*, procurando integrar a família. Nesse caso, era muito importante a presença do cientista social que pudesse desenvolver essa idéia, por meio de instrumentos de análise da família, da comunidade, fornecendo elementos para a inserção deste ensino.

Esta é uma das faces desse momento e, quando verificamos os levantamentos bibliográficos dessa época, é muito interessante, pois, realmente, o ensino aparece de forma destacada nessa bibliografia. Cito tais questões bibliográficas porque nesse primeiro levantamento

que é feito aparece uma predominância de estudos sobre o ensino, seguido de estudos sobre a medicina tradicional, estudos demográficos, estudos sobre a comunidade. Aparecem, em último lugar, os estudos sobre serviços de saúde. A partir de certo momento, haverá uma reversão na ordem, e os estudos sobre serviços de saúde, que compõem uma categoria muito ampla, na qual cabem diversas modalidades de estudos, apresentarão uma porcentagem de 36% da produção, sendo bastante expressiva no cômputo geral da produção, no período que vai de 1970-1979.

Voltando à questão do ensino, é importante lembrar que estava muito calcado em experiências com as quais tive possibilidade de trabalhar durante três décadas. No começo, o ensino estava bastante impregnado de uma literatura estrangeira, que era, em grande parte, a literatura que vinha através de Parsons, Samuel Bloom, David Mechanic etc. Uma das propostas, até original desse momento, foi feita por um argentino, uma figura destacada no campo, Juan Cesar García, que, tentando trabalhar aquilo que era mais próximo ao estudante de medicina – a história natural da doença – introduz a questão do comportamento visando a retraduzi-la para servir como uma forma de trabalhar as questões comportamentais dentro do processo pré-patogênico, patogênico e dos três níveis de prevenção, primário, secundário e terciário, amplamente conhecidos de todos.

Quando essas idéias sobre o social foram introduzidas, vinham com o peso das disciplinas e com os conceitos da antropologia, da sociologia, da psicologia social somados a alguns conteúdos aplicados. Isto também já se fazia no momento: aulas teóricas, 60% da carga horária, com a incorporação do material empírico paulatinamente feita, para que os estudantes assimilassem esse material de maneira adequada.

Muitos impasses foram ocorrendo. Hoje, podemos perfeitamente fazer a análise e traçar a história desse ensino. Parece-me que as preocupações se deslocaram do ensino da graduação para o ensino de especialização e para o ensino de pós-graduação. Há, certamente, novas experiências de ensino das ciências sociais que retomam essa questão e que me parecem extremamente importantes.

Nos anos 70, importantes mudanças vão ocorrer. Toda uma crítica vai se fazer, não só pela insatisfação com os modelos de ensino, com a bibliografia, com o modelo teórico, mas com a própria questão

sociossanitária da América Latina. Toda essa impregnação vai levar a um repensar do campo da sociologia, das ciências sociais, com a introdução clara de um marco que seria uma característica distintiva das ciências sociais latino-americanas e do Brasil – o marco do materialismo histórico.

A discussão desse modelo alternativo e a idéia de que a área passava a ter a sua identidade e sua legitimação fazem parte de um período de intensa inquietação teórica. Além da corrente marxista, os anos 70 também trazem a corrente estruturalista, Michel Foucault, Claude Lévi-Straus.

Maria Célia Paoli, da USP, comenta que, depois da visita de Foucault, entendemos que ele tinha começado a desmantelar nossos cânones. A partir de então, como aconteceu em muitos outros lugares, nossas idéias sobre o saber, o poder e a subjetividade nunca seriam as mesmas. Além disso, discussões para o campo da psiquiatria por meio de Robert Castel, Robert Laing, David Cooper, Franco Basaglia, Thomas Szasz fazem-se presentes. Sem dúvida, os cursos de pós-graduação trouxeram uma força para que esta renovação acontecesse em uma dupla vertente: a formação teórica e a crítica política.

Nos anos 70, todos sabemos, elabora-se uma rica produção científica. Há autores que se tornaram os nossos clássicos. São trabalhos que vão analisar o mercado de trabalho médico, a articulação com a prática social e a articulação da questão da medicina com a estrutura social no plano político, ideológico, econômico. Dois trabalhos marcantes de Maria Cecília Donnangelo; a tese de Sergio Arouca, por exemplo, essa elaborada crítica da medicina preventiva, os trabalhos de Roberto Nogueira, de Ricardo Mendes-Gonçalves sobre a questão da prática médica, articulando-a às características das sociedades, como também às demais práticas no modo de produção capitalista. São trabalhos da maior importância que todos nós lemos e constituem as marcas dos anos 70. A pesquisa realizada por Roberto Machado e uma equipe de pesquisadores do Rio de Janeiro sobre a questão das origens da medicina social e da constituição da psiquiatria no Brasil constitui também um trabalho fundamental na perspectiva foucaultiana.

Os problemas dos anos 70 continuam presentes. Foi uma crise intensa, a tendência recessiva da economia em vários países, o processo inflacionário, o aumento da dívida externa, uma série de problemas. No campo internacional, vai se repensar a saúde, e aparece a atenção

primária em saúde, que tinha um *slogan*: "saúde para todos no ano 2000". Este momento internacional tem um momento nacional importante e movimentos nacionais também foram importantes: em 1976, o Cebes; em 1979, a Abrasco. Também há recursos financeiros, a Finep desempenha um papel importante, permitindo uma infra-estrutura científica e tecnológica para a pesquisa em saúde, mas não subsumida à pesquisa biomédica. A tudo isto somam-se a preocupação teórica, a institucionalização do conhecimento pela pós-graduação e o financiamento à pesquisa.

Outros estudos vão sendo feitos dentro de perspectivas que contemplassem as análises macro; nós precisaríamos ver as articulações também econômicas e político-ideológicas. O estudo de Braga sobre a relação entre as políticas de saúde e economia, ou enfatizando o macroeconômico, como o estudo de Madel Luz, que focaliza a mediação institucional na análise das políticas de saúde, dando, assim, um peso importante, na análise, aos níveis político e ideológico.

Nos anos 80, a questão política da previdência aparece em trabalho fundamental de Amélia Cohn. Regina Giffoni escreve um trabalho sobre a previdência, também em 1981, e vários trabalhos sobre políticas de saúde. A previdência aparece também no trabalho de Jayme de Oliveira e Sônia Fleury, em 1986, mas aqui visto de uma maneira na qual atores e interesses sociais também são importantes na correlação de forças que estruturam o sistema previdenciário. Outras questões serão estudadas: as questões referentes ao consumo de medicamentos, o medicamento como mercadoria; hoje, em alguns trabalhos, o medicamento não é mais só visto dessa maneira, mas visto em seu papel social, em seus significados. Essas mudanças de análises foram conduzidas por mudanças metodológicas e teóricas.

Há, ainda, os trabalhos sobre a profissão e trabalho médico. Os estudos pioneiros feitos sobre a questão do trabalho médico (realizados por Donnângelo) vão se desdobrar e vão se estender além da USP (Departamento de Medicina Preventiva), com outras abordagens teóricas e outros estudiosos.

Os estudos socioepidemiológicos feitos nesse momento são fundamentais; uma das doenças mais estudadas, na qual fatores sociais estão presentes, é a doença de Chagas. Esta é estudada em relação à migração, ao processo urbano, à estrutura agrária etc.

A quantidade de trabalhos e a linha antropológica que vai se desenvolvendo também a partir dos anos 80, já em direção aos anos 90, será bastante intensa. Lembraria um trabalho que se tornou importante na área antropológica, a tese de Luiz Fernando Duarte, pelo desdobramento que teve e muitos estudos subseqüentes, utilizando categorias fundantes, como a questão do físico-moral, pessoa, nervoso e classes populares.

A questão do estudo das racionalidades dos sistemas não-alopáticos, a questão das terapias corporais e a questão da metodologia e da própria teoria do campo estão presentes. José Carlos Pereira elabora uma tese, muito influenciada pelo trabalho de Florestan Fernandes sobre *Fundamentos Empíricos da Explicação Sociológica*, na qual o autor procura entender quais eram as 'explicações' de muitos trabalhos que foram escritos na área, analisando-os pela teoria que os fundamentava, o funcionalismo, a dialética, o método compreensivo weberiano. Em certo sentido, a conjuntura política favoreceu muito isso tudo. Ao final dos anos 70 iniciou-se o processo de abertura, o que permitiu a retomada e o tratamento de questões que até então não haviam sido incluídas.

A reforma sanitária vai ser importante porque possibilita que estudos da área de ciência política com a vertente e as categorias da ciência política venham à tona. Em relação a essa produção, que avança pelas décadas seguintes, a diversidade teórica é muito evidente e muito grande.

Há trabalhos utilizando conceitos de campo e *habitus* na vertente desenvolvida por Pierre Bourdieu; análises que trabalham com a perspectiva da ação comunicativa de Jürgen Habermas; a análise do discurso de Foucault; Clifford Geertz será a referência para as pesquisas sobre aspectos simbólicos culturais das práticas médicas, assim como a perspectiva das relações indivíduo/comunidade na proposta de Agnes Heller. As idéias de Felix Gatari sobre subjetivismo e territorialidade; os conceitos sobre as ações baseadas nas regras da vida coletiva, de Alain Touraine; as construções teóricas sobre Estado, de Paul Evans, Lechner, Guilhermo Odonne; o estudo sobre as representações da vertente de Claudine Herlizch ou da questão do simbólico e sua interpretação, na vertente de Paul Ricoeur; das tensões entre regulação social, emancipação social na perspectiva de Boaventura de Souza Santos.

Esses teóricos foram tratados criticamente. Muitos dos nossos contemporâneos estabeleceram críticas muito bem realizadas e muito bem feitas sobre certos enfoques. Regina Bodstein faz uma análise crítica ao economicismo, e marca como questão importante o caráter funcional das políticas sociais em saúde. Sugere que, ao reduzir a análise aos níveis estruturais, acaba-se condicionando as mudanças e as inovações políticas às transformações meta-históricas, reduzindo-se o impasse da relação entre o Estado e as classes populares e deixando-se de lado um complexo acordo de interesses e formas organizacionais assumidas pelos setores políticos. Muitas outras questões vão ser reanalisadas; a questão, por exemplo, do estudo das representações sociais, muito forte na época, também passa por um crivo analítico. Nessa vertente a contribuição tem sido bastante intensa.

As idéias aqui desenvolvidas evidenciam que o campo das ciências sociais em saúde, na América Latina e no Brasil, reflete não somente as tradições intelectuais, mas os itinerários dos pesquisadores e as suas procedências. Mas está relacionado, também, às diversas reordenações pelas quais passaram as práticas médicas e de saúde. Sem dúvida, a forte impregnação política via reforma ou revolução, como escreve Stavenhagen, esteve presente na constituição de uma ciência social latino-americana, e pode-se dizer que, até certo ponto, esteve presente na nossa área. O espaço das ciências sociais em saúde aconteceu por meio das faculdades de medicina, dos cursos de Saúde Pública, e não das faculdades de Filosofia e Ciências Sociais, onde, hoje, até existem alguns grupos e pessoas interessadas. O forte veio pela vertente das instituições da saúde, o que nos confere certa peculiaridade.

A sociologia é produto da modernidade e a sociologia da saúde, que tem suas origens no pós-guerra, seria produto da pós-modernidade, mas, em realidade, traz as marcas dos dois períodos. De certa forma, ela será pensada nessa crise do pós-Segunda Guerra Mundial e enfrenta, hoje, as vicissitudes das imensas transformações ocorridas no final do século passado.

Tendo as suas origens na modernidade, a sociologia assentou suas crenças e seu empenho no progresso, no melhoramento social, em uma visão providencialista do futuro, mas isso, parece, está se perdendo cada vez mais. Equipada para entender esses processos em grandes narrativas, a sociologia, na atualidade, enfrenta a necessidade de

repensar os processos que configuram uma outra ordem social e uma outra sociedade. Aqui eu retomo Casanova. As mudanças que se manifestaram nos anos 80 não somente supõem o triunfo de novas hegemonias, mas, também, de novas categorias. Incluem-se o discurso da globalidade, a redefinição da soberania, a diminuição, e o que é pior, a eliminação da política de Bem-Estar social dos países endividados. A globalização, com a interminável expansão das formas capitalistas, parece ser incontrolável, no dizer de Anthony Giddens, que aponta a reorganização do tempo e do espaço como característica fundamental dos novos tempos.

Parte II

Cultura e Subjetividade: os sentidos da saúde

4 Os Sentidos da Saúde: uma abordagem despretensiosa

Maria Helena Villas Bôas Concone

O tema "cultura e subjetividade" é aparentemente simples, mas de fato pode permitir muitas leituras. Considerando, na primeira parte da proposição, o 'e' como conjunção aditiva, há aqui dois campos diversos: o da cultura e o da subjetividade. Teríamos, então, três problemas: primeiro, o que se entende por cultura; segundo, o que se entende por subjetividade; terceiro, qual a relação entre os dois termos.

A proposta abre, porém, para uma segunda parte: "os sentidos da saúde". Também podemos lê-la pelo menos de três formas. Primeira, os muitos sentidos possíveis da saúde se devem à diversidade cultural (o que nos remete a uma leitura transcultural e/ou intracultural); segundo, os muitos sentidos possíveis se devem às subjetividades no interior de cada cultura; terceiro, os muitos sentidos se devem à interação entre os dois termos.

Para não complicar demais, de início, podemos propor uma leitura global, assentada evidentemente numa perspectiva de antropólogo, sem preocupação com as mediações. Nessa leitura síntese, a proposição do tema traz embutida a idéia da não universalidade substantiva da cultura, pensada esta como produtora de sentidos num contexto sócio-histórico e, por conseguinte, processual. Além disso, da cultura como palco de expressão de subjetividades, a conseqüência seria, portanto, a exigência de se tomar saúde no plural, articulada a sentido.

De fato, haveria um sentido universalmente aceite para saúde? Falando para o universal e sem querer ser infiel aos muitos particulares que o conformam, a Organização Mundial da Saúde (OMS), há muito tempo, propôs uma definição de saúde tão criticada quanto

repetida. Tal proposta, só poderia ter desembocado num universal vazio. Trata-se evidentemente da velha definição que postulava a saúde como "um estado de bem-estar" em vários níveis. Mas seria vazio esse universal? Ao postulá-lo, a partir de uma fala e de uma perspectiva, já não seria um particular? Ou, na melhor das hipóteses, uma confluência de alguns particulares que comungam origens históricas ou filosóficas comuns? Um particular largado. Ou, pode-se dizer, uma hipótese razoável, um ponto de partida. As noções de processo e, sobretudo, de qualidade de vida também não são menos desalentadoras. Uma definição 'êmica' seria por força plural; uma definição 'ética' seria talvez demasiado artificial ou artificiosa.

Alguns exemplos podem clarear melhor as idéias. Em pesquisa de campo realizada há cerca de vinte anos, buscávamos em um grupo específico uma definição 'êmica' de saúde. As respostas eram curiosamente genéricas (caricaturando: 'saúde é estar bem'), quase sempre a definição de saúde era tautológica, passando pelo seu inverso ('saúde é quando não se está doente'), sendo o oposto – a doença – mais substantivo, embora plural.

Em benefício desses entrevistados, pode-se de fato perguntar se cada um de nós, livre de qualquer viés ou filigrana profissional, fosse confrontado com uma pergunta tão inesperada também não responderia da mesma maneira.

Na simpática leitura de uma tese de doutorado na área de enfermagem, realizada por Irene Kreutz (1999), encontramos as seguintes falas recolhidas pela autora pesquisando localidade próxima a Cuiabá e que nos remetem a visões de saúde e qualidade de vida, mas também de subjetividades: "O São Gonçalo de antigamente, agora melhorou bastante, mas o outro São Gonçalo eu achava que era mais feliz" (senhora de 77 anos). O depoimento pode ser confrontado com outro de mulher mais nova: "Este lugar é um inferno, tudo difícil. No domingo e feriado não tem ônibus. Se quiser passear, ir na casa de alguém, parente, não tem como".

Abordando questões ligadas diretamente à saúde, fala uma senhora de 93 anos:

> *As pessoas de hoje são mais fraco. Come comida sem sustância e faz muita extravagância (...). As pessoas da minha época comiam comida mais forte e tinham mais saúde. Eu fui criada com feijoada.*

> *Comia carne de porco gorda e a carne de gado sebosa mesmo. Hoje tudo faz mal, não pode comer nada, não pode comer gordura porque faz mal para o colesterol. Tudo bobagem! Tô aqui, fui criada com feijoada (...).*

Esta fala é apoiada por outras, como a de uma senhora de 77 anos que diz:

> *A alimentação também já é um alimento fraco, as pessoa pode comer bem como for, mas o alimento já é fraco. Principalmente, naquele tempo (...) plantava (...) sem precisar de veneno, era aquela fruta sadia, sentia o sabor da fruta. E hoje não, é tudo a base de veneno.*

Outra mulher da mesma idade também afirma: "hoje tem muita praga, tem que passar veneno. Antes era tudo natural (...). O gado só comia capim natural. Hoje dá esses remédio para o gado, o capote com três anos pesa 300 quilos". Em depoimento de uma senhora de 55 anos, também se observa a relação entre saúde e boa alimentação:

> *Os mais novo gosta de peixe fresco. Quando não era peixe, ele carneava galinha, ele fazia aquele escaldado quebrava uma dúzia de ovo, nós sentava e comia aquela pratada, era canjica... Ele morreu com 110 anos (...). Certas coisa noutra época era mais difícil, mas quando ficava doente, já ficava prá morrer, não tinha aquela anemia, fraqueza. Meu avô, minha avó, já caíram prá morrer.*

Reforçando esse ponto de vista, uma senhora também de quase 70 anos diz: "naquela época a gente não ouvia falar de tanta doença que tem hoje em dia. Eu acho que é essas coisa que dá pro gado, essas engorda de gado, de galinha, eu acho que é esses remédio, eu creio que é..."

Essas falas lembram uma outra, de um líder do movimento messiânico dos Borboletas Azuis, para quem a "doença não existe. É tudo invenção dos médico", reportado por uma amiga pesquisadora.

Talvez esses exemplos estabeleçam o óbvio: as falas são particulares, pessoais, mas revelam um universo social e cultural bem definido. São depoimentos que, longe de conter falácias, revelam uma visão crítica da realidade; mostram reflexão, escolhas, ponderações: "melhorou mas...; antes era mais difícil, mas...". Revelam também perspectivas geracionais diversas, mas sobretudo reforçam um ponto que nos interessa particularmente: uma visão totalizadora (ou holística) de saúde.

Finalmente, tomada da perspectiva êmica, as noções de bem-estar, ou qualidade de vida (termo por nós atribuído), dependem das escolhas feitas, das ponderações realizadas, das valorizações relativas. Em uma palavra, dos sentidos atribuídos aos valores confrontados. O mesmo vale para a saúde.

Tomando agora a noção de subjetividade, não se pode esquecer que as subjetividades são elas também possibilidades do universo sociocultural, são construídas no e a partir desse universo. A cultura não é algo que está fora dos indivíduos. Está fora e dentro, se posso falar assim. Está na sociedade, mas fornece a matéria prima que permite a formação das individualidades. Como diria Geertz, são orientações 'de' e 'para' o mundo humano.

Permitam-nos quase uma metáfora a partir da linguagem para deixar claro que ela tem essas mesmas qualidades apontadas por Geertz para a cultura. Comporta uma gramática (uma estrutura) e uma semântica (sistema de significações), engloba um vocabulário. Nada disso é evidentemente fixo, embora as modificações semânticas e vocabulares sejam mais visíveis (e mais rápidas) do que as mudanças estruturais. Este conjunto está fora, mas também dentro. Internalizamos a linguagem com todos os seus aspectos e não obstante produzimos falas pessoais, falas mais ou menos idiossincráticas, mas que não são absolutamente desvinculadas do nosso universo lingüístico de base. Claro está que há filigranas aí, mas esse é o ponto principal a ser ressaltado.

Um outro recurso para reforçar a idéia geral pode ser buscado no livro *Os Alucinógenos e o Mundo Simbólico*, publicado nos idos de 1976. Introduzindo os textos de vários autores, Vera Coelho pondera, entre outras questões: "Haveria uniformidade nas visões obtidas pela ingestão de uma mesma droga em indivíduos pertencentes a culturas diferentes? Ou seria a cultura (...) capaz de condicionar até mesmo as visões e sensações causadas pelos alucinógenos?" Continua, reconhecendo a necessidade de trabalhos interdisciplinares: "A objetividade das experiências alucinógenas transcende os limites da antropologia. A colaboração de médicos e psicólogos seria (...) necessária".

No caminho de indicar algumas possibilidades, o antropólogo Reichel-Dolmatoff, em artigo contido no mesmo livro, afirma: "Sabe-se que os efeitos do yajé podem ser agradáveis ou desagradáveis, causando estados de euforia ou de terror. Parece possível que os dois efeitos se

sigam como fases cronológicas no curso de uma mesma intoxicação". Entretanto, diz ele, e é este o ponto que nos interessa particularmente, "também é possível que certas pessoas tenham de preferência experiências agradáveis e, outras, desagradáveis". Segundo os índios que utilizam a substância, o ideal seria ter apenas experiências agradáveis, mas de fato não se pode ter um controle absoluto dos seus efeitos. Assim, os índios tentam controlá-lo, combinando os componentes utilizados e agindo magicamente sobre eles.

Mas o que interessa aqui é destacar que as visões provocadas pela yajé formam para cada grupo um padrão que permite a sua representação pictórica e interpretação das visões. Reichel-Dolmatoff mostra ainda um outro ponto de interesse ao introduzir algumas conclusões de Max Knoll com registro dos chamados fosfemas. De fato, este autor teria estabelecido com base em trabalho de pesquisa com cerca de mil indivíduos não índios, um grupo de 15 fosfemas, semelhantes aos dos índios estudados por Reichel-Dolmatoff. Este último autor conclui: "devemos, porém, distinguir entre forma e significado". De fato, os motivos das alucinações dos Tukano, por exemplo, são interpretados sobretudo em termos de incesto e exogamia, poderosos motivos simbólicos em sua cultura. A partir dos traços luminosos percebidos nas alucinações e de outros elementos também culturalmente distinguidos (como cores e sua intensidade), cada tukano dá vazão à sua individualidade e expressão à sua subjetividade produzindo desenhos artísticos diferentes e interpretando suas visões. Mas dão lugar a uma subjetividade tukana, por assim dizer.

Complicando o tema.

Segundo a perspectiva de Good, antropólogo da medicina e herdeiro do relativismo americano, a maior contribuição do século XX à sociologia do conhecimento tem sido a insistência de que o conhecimento humano é culturalmente modelado e constituído na relação com distintas formas de vida e de organização social. Aqui se inicia o elemento complicador: como encaminhar a discussão das formas de subjetividade nas questões da saúde diante do peso da objetividade biogenética? Como considerar seriamente o plural do conhecimento diante do seu aparente singular? O próprio Good aponta que numa chamada antropologia médica a visão historicista caminha junto com os poderosos reclamos realistas da biologia. De fato, há uma postura

relativizadora explícita que convive mal com uma adesão implícita ao modelo de explicações biomédicas.

Do ponto de vista epistemológico, o relativismo cognitivo gera acalorados debates. No provocante livro de Sokal & Bricmont (1999), *Imposturas Intelectuais*, os autores se debruçam sobre a filosofia pós-moderna, fazendo uma crítica feroz e bem humorada ao relativismo epistêmico. Definem relativismo como "qualquer filosofia que afirme que a veracidade ou falsidade de uma asserção é relativa a um indivíduo ou a um grupo social" (p. 61).

Como se pode, perguntam eles, chegar a um conhecimento sempre aproximado e incompleto, mas objetivo do mundo. Não podemos provar acima de qualquer dúvida que isso seja possível. Mas é uma hipótese razoável. Duas posições relativizadoras extremas são analisadas: o solipsismo (nunca temos acesso direto ao mundo exterior, só temos acesso direto às nossas sensações) e o ceticismo radical (é evidente que existe um mundo exterior à consciência, mas é impossível obter um conhecimento confiável desse mundo). Entretanto, dizem os autores, mesmo o conhecimento mais banal (o do copo de água à minha frente, por exemplo) depende totalmente da suposição de que nossas percepções não nos conduzem sistematicamente ao erro e que são produzidas por objetos exteriores que, de alguma forma, se parecem com estas suposições. Sempre se pode indagar até que ponto são confiáveis os nossos sentidos. Experiências hoje banais da Gestalt (figura/fundo, por exemplo) mostraram a possibilidade de engano.

Não obstante estes questionamentos, Sokal e Bricmont consideram que o método científico não é radicalmente diferente da atitude racional (ou racionalismo prático) do dia-a-dia ou de outros domínios do conhecimento humano. O que há de método científico, seria um refinamento e uma extensão destes domínios. O que os embasa é a crença na possibilidade de que nossas percepções são produzidas por objetos exteriores que de alguma forma se parecem a tais percepções. Para tanto, contamos com elementos comparativos que nos reasseguram. Uma mãe que ensina o filho a não colocar o dedinho no fogo, porque queima, mesmo não tendo vivido a experiência da queimadura, está convicta de que a chama é um objeto que está fora, não sendo apenas produto de sua percepção.

A que esta reflexão superficial nos leva? Descartado o solipsismo e o ceticismo radical, podemos aceitar que o pensamento científico não se distingue radicalmente de outros conhecimentos racionais, a não ser pelo refinamento e extensão. Faz perguntas sobre o mundo e procura respondê-las.

Aproximando-nos mais uma vez da nossa questão, poderíamos dizer que as experiências da saúde e da doença são experiências que estão a um tempo fora e dentro, objetivas e subjetivas, pessoais e coletivas, universais e culturais. Ao pensar a saúde ou a doença objetivamente e, sobretudo, cientificamente, estamos lidando apenas com um dos seus aspectos. Mais, tomar estes fenômenos apenas desse ângulo é não se permitir perceber a dimensão da doença como construção sociocultural. É não percebê-los como objetos de indagação ampliada, não questionando sobre processos inesperados de remissão e cura e menos ainda sobre a ação do terapeuta.

Estabelecidos esses pontos, é possível voltar com mais confiança a Good. Segundo o antropólogo, que se coloca numa vertente crítica da disciplina, entre os antropólogos da medicina, a visão historicista caminha junto com os poderosos reclamos realistas da biologia, sendo a medicina um domínio no qual "o ponto de vista salvacionista da ciência" tem ainda grande força. Afirma ainda Good que, depois de anos realizando pesquisa no campo da medicina, sente-se mais convencido do que nunca que a linguagem da medicina está longe de ser um simples espelho do mundo empírico. Ela é de fato uma linguagem cultural rica, ligada a uma versão altamente especializada da realidade. Além disso, é uma versão especializada (profissionalizada) dos sistemas de relações sociais. Assim, nas suas palavras, quando se emprega uma tal linguagem no cuidado médico, "ela desempenha uma profunda função moral juntamente com suas funções técnicas mais óbvias".

A proposta de Good para a antropologia é, então, buscar uma visão da experiência da doença (*illness*) tomada como uma síndrome de experiência, isto é, como o conjunto de palavras, experiências e sensações que 'vão junto' – de modo típico para os membros de uma sociedade.

Para os que têm uma visão mais técnica, esta proposta deve parecer no mínimo perda de tempo, ou antropologismo inútil. Evidentemente, não é possível contestar os avanços de conhecimento e os avanços técnicos a eles relacionados. Foi-se o tempo dos extremismos

negadores da natureza. Mas esta é evidentemente uma afirmação de dupla mão. Não é tempo de extremismo negador da cultura ou da sociedade e das subjetividades. A atividade médica não é uma atividade científica, ou técnica. É uma atividade que se apóia em conhecimentos científicos especializados, que se vale de técnicas cada vez mais sofisticadas, mas é mais que isso: envolve outras dimensões. É dentro dessa compreensão que pode haver diálogo e onde as trocas e complementações devem acontecer.

É nessa direção que podemos finalizar, advogando a necessidade e a riqueza das colaborações pluridisciplinares, dos trabalhos interdisciplinares que possam vir a contribuir para a construção de uma visão transdisciplinar de saúde-doença que resgate a verdadeira complexidade do fenômeno.

Referências Bibliográficas

COELHO, V. P. (Org.) *Os Alucinógenos e o Mundo Simbólico*. São Paulo: Editora EPU-Edusp, 1976.

KREUTZ, I. *Cuidado Popular com Feridas: representações e práticas na comunidade de São Gonçalo, Cuiabá, Mato Grosso*, 1999. Tese de Doutorado, São Paulo: EE-Universidade de São Paulo.

SOKAL, A. & BRICMONT, J. *Imposturas Intelectuais: o abuso da ciência pelos filósofos pós-modernos*. Rio de Janeiro/São Paulo: Editora Record, 1999.

5 O Sentido Ético-Político da Saúde na Era do Triunfo da Tecnobiologia e do Relativismo

Bader Burihan Sawaia

Defende-se que o atual consenso sobre o sentido simbólico e subjetivo da saúde não representa uma revolução paradigmática, negadora da clássica cisão ontológica entre mente/corpo e natureza/cultura, mas, apenas, uma reforma conceitual, o que favorece o desenvolvimento de uma forte onda naturalizante da saúde e do comportamento humano, ancorada no sucesso da biotecnologia e da ideologia medicamentosa.

Parte-se do pressuposto de que a engenharia genética e a neurotecnologia não são antagônicas à concepção de saúde como fenômeno 'bio-psico-social', mas estão sendo utilizadas como tal. Para evitar o reducionismo, é preciso ir além da reforma conceitual que usa o recurso da hifenização e da cola gramatical para unir o que é distinto. É preciso revolucionar a ontologia da saúde e da doença, concebendo-a como um processo dialético em que o subjetivo e o objetivo, o ético e o biológico nem estão cindidos, nem se confundem, mas se dilaceram, acrescentam-se, identificam-se e superam-se ao mesmo tempo.

Esta concepção explicita o sentido ético-político da saúde – 'saúde ética' e, assim, a credencia a ser o que sempre foi, mas pelo avesso, 'saúde como fundamento da ética no neoliberalismo' que, em lugar da disciplinarização desumanizadora, usa a biotecnologia para promover a felicidade e a emancipação.

Discute-se neste texto uma questão que inflamou os debates científicos do século XX, especialmente, das décadas de 30 a 60: a

relação *nurture vs nature*.[1] A questão, quando parecia resolvida,[2] foi reavivada no final do século, pelo fantástico avanço da biotecnologia, prenunciando que ela será uma das catalisadores dos debates éticos, científicos e jurídicos do início do século XXI.

O recrudescimento desse debate preocupa pela radicalidade com que, desconsiderando todos os esforços bem sucedidos das ciências humanas para demostrar as determinações sociais, subjetivas e culturais da saúde, fortalece, intransigentemente, um dos lados da contenda, aquele que defende o confinamento da saúde ao funcionamento biológico.

A tecnobiologia, especialmente a engenharia genética (EG) vive seu momento de maior apogeu. A cada dia noticiam-se novas descobertas em relação ao mapeamento do cérebro e do código genético que prometem a felicidade eterna, o fim da velhice e da anormalidade hereditária e a abundância de alimentos. Enfim, acenam com a possibilidade de domínio total da natureza e dos 'mistérios da alma humana'.

O preocupante é que esses resultados, em lugar de ampliarem os conhecimentos sobre a complexidade da saúde, são apresentados como a explicação que derrotou as demais. A concepção naturalista de saúde e doença torna-se absoluta, minimizando e, até mesmo, negando a influência da forças sociais e culturais. Sentimentos, idéias, infecções e vírus são inscritos nos marcos visíveis e mensuráveis da biologia individual, homogeneizando todas as dores da existência e encontrando todos os motivos do comportamentos dos homens nos genes.

Como exemplo, podem-se citar as pesquisas que explicam o amor como a produção de 'feniletilamina' pelo cérebro, ao ser estimulado pela visão de um belo corpo, sendo que o padrão de beleza também é biologicamente determinado. O indicador do valor estético do corpo é a sua fertilidade e a garantia de gerar uma prole saudável. Esta tese é reproduzida em um livro escrito por um biólogo e um antropólogo da sociobiologia, em que defendem a tese de que o estupro é biologicamente explicado (Thornhill & Craig, 1999). Este, como o sexo compartilhado, é a maneira pela qual os machos espalham seus genes para conseguir maior número de descendentes. A

---

[1] Optei por me referir ao debate entre natureza e cultura usando as palavras em inglês pela prosódia das mesmas que demonstra a tênue fronteira entre elas.

[2] Talcot Parsons já afirmava que a saúde não pode ficar confinada exclusivamente ao nível físico ou orgânico, devendo ser concebida como um modo capaz de laçar o orgânico com o social.

diferença é que o estupro usa a violência para alcançar o objetivo geneticamente determinado.

A mídia, que hoje descobriu o filão da neurociência, colabora com a interpretação naturalista dos resultados das pesquisas que usam recursos da biotecnologia, sempre enaltecendo as explicações genéticas e neurológicas da saúde mental e física. Vejamos um exemplo: o Instituto Central de Saúde Mental de Mannheim, na Alemanha, vem realizando estudos sobre o que denominam de 'biologia do mal'. Eles concluíram que pessoas esquizofrênicas apresentam alterações cerebrais discretas, porém constantes, mas que estas alterações não são achadas em todos os pacientes. Na ânsia de fornecer informações contundentes e de fácil compreensão para satisfazer seus leitores, a mídia divulga os resultados da pesquisa por meio do raciocínio da causalidade simples, sugerindo que a alteração cerebral é causa da esquizofrenia.

Por que o sucesso da biotecnologia reaviva um debate que parecia resolvido, reascendendo a dúvida sobre os sentidos subjetivos e simbólicos da saúde?

Podem-se levantar duas hipóteses: 1) os resultados obtidos por meio da neuro e biotecnologia comprovam o paradigma biológico-naturalista e negam os outros sentidos da saúde; 2) a dicotomia entre cultura e biologia não foi superada como se pretendia, apenas remendada e camuflada.

Neste texto defende-se a segunda hipótese. Parte-se do pressuposto de que os resultados da neurociência e da EG não negam os sentidos subjetivos e simbólicos de saúde. O antagonismo é provocado pelo raciocínio da causalidade simples e da lógica formal, favorecido 1) pela ineficácia das críticas ao paradigma biológico-naturalista; 2) pela razão instrumental dos interesses mercadológicos que valoriza a saúde da empresa mais do que a das pessoas e 3) pelo papel disciplinar e moralizador que a saúde sempre desempenhou em prol da ordem social.

Revolução Paradigmática ou Remendo Conceitual?

Indiscutivelmente, as ciências humanas e setores das ciências da saúde, como a saúde coletiva, tiveram papel decisivo na denúncia do sentido exclusivamente biológico e da necessidade de tirar a saúde do

estado da natureza e inseri-la como uma questão subjetiva, social e cultural. Entretanto, não conseguiu mudar a ontologia hifenizadora da saúde e da doença.

Atualmente, ninguém discorda que a pobreza, as condições de trabalho, de higiene, de moradia, costumes e práticas de saúde, representação de doença são fatores intervenientes no processo da saúde e da doença. Também aceita-se a influência da subjetividade no biológico como indicam as expressões já consagradas na medicina: 'psicossomático' e 'somatização das emoções', bem como a conceituação de saúde e doença como processo[3] e não um estado, definido em si mesmo.

Mas estes fatores não perderam o status de variável independente, cujo efeito pode ser anulado ou controlado, transformando-se em dimensões constitutivas da saúde, que ainda é concebida como um fenômeno *hard*, com leis próprias que são alteradas e afetadas contingencialmente por agentes externos ao organismo, que tanto podem ser bacteriológicos e microorgânicos quanto psicossociais e culturais, pois todos são inscritos na categoria 'fatores ambientais' como se tivessem efeitos patogênicos análogos.

Também a preocupação louvável de conceituar saúde e doença como processo não logrou introduzir a lógica dialética e romper com a concepção de saúde como um estado sem doença (Barreto, 2000). Qualificar a saúde como processo, introduz a idéia de relação e movimento, mas este movimento tem sido interpretado tanto como dialético, quanto evolutivo ou homeostático e ahistórico.

Até as críticas à EG enaltecem o paradigma naturalista de saúde, quando afirmam que ela fere a 'natureza' e a ordem das coisas.

Não basta ampliar o enfoque biológico para abranger o social, o cultural e o psicológico. É preciso mudar os pressupostos epistemológicos e ontológicos para aceitar os múltiplos e dinâmicos estados do ser e conseqüentemente, da saúde/doença. Um exemplo que esclarece tal afirmação é a explicação do efeito placebo nas pesquisas sobre a eficácia de remédios, que reforça a 'ideologia medicamentosa-consumista'.

O efeito placebo é aceito unanimemente. A indústria farmacêutica já prevê que toda medicação tem 30% desse efeito e 5% de nenhum efeito. Mas esses resultados são desprezados em lugar de

[3] O conceito de saúde como processo é enfatizada por Laurell, não, apenas, "como processo biopsíquico, mas antes de tudo como processo social" (Laurell & Noriega, 1989).

provocarem questionamentos sobre o sentido da eficácia dos 65% positivo. Os pressupostos que apostam na eficácia bioquímica impedem associar o efeito placebo a uma eficácia de outras ordens, simbólica e afetiva, como se elas não fossem assunto da medicina, só da psicologia e da religião, concluindo que os 65% de resultado positivo é indicador da eficácia do remédio.

Pesquisas recentes demonstram que a porcentagem do efeito placebo pode ser maior do que 30% como as que constataram 60% desse efeito nos medicamentos para menopausa e 90% no Prozac.[4] Nessas pesquisas, o placebo produz o mesmo efeito que o remédio, até a sua capacidade de criar sintomas, demonstrando que a eficácia dos medicamentos não depende, apenas, de sua composição química, mas dos 'sentidos' que eles provocam na pessoa, aumentando a sua potência de preservar na própria existência. Dessa forma, o 'sentido' é o lugar em que o biológico, o psicológico e o social se encontram e se autoconfiguram.

Vygotsky (1982), psicólogo russo do início do século passado, faz excelentes reflexões sobre a função mediadora dos sentidos no desenvolvimento orgânico e neurológico que permitem concluir que o cérebro reage a ligações semânticas. As sinapses cerebrais não são mediadas, apenas, por reações químicas e biológicas, mas por significados que penetram na comunicação neurobiológica, regulando os neurotransmissores,[5] levando, assim, o homem a agir não em resposta a uma estrutura e organização biológica, mas a uma idéia. Segundo ele, o corpo é relacional, imaginativo e memorioso.

A concepção de que o biológico é mediado pelos sentidos nega a dicotomia clássica entre mente *vs* corpo e natureza *vs* cultura e explica porque a dor tem individualidade, apesar da sua radicalidade biológica. Mente e corpo não são apenas interdependentes, mas da mesma ordem, "uma mesma substância" (Espinosa, 1974), que é afetada pelo encontro com outros corpos e por idéias. Necessidades emocionais, biológicas e sociais se entrelaçam, negando a cisão entre fenômenos objetivos e subjetivos e entre ética e necessidade.

---

[4] Afirmação de Contado Calligaris em artigo na *Folha de S. Paulo*, Caderno Mais, 6 fev. 2000.

[5] As substâncias chamadas neurotransmissores são responsáveis pelas funções cerebrais que provocam a emoção, a harmonia dos movimentos.

Inúmeras doenças modernas podem ser citadas para justificar, empiricamente, tal afirmação, como a anorexia e a Aids. A evolução desta última, desde sua constatação em 1981, demonstra com clareza que ela é essencialmente social, cultural e psicológica. Segundo pesquisas epidemiológicas, a Aids passou da fase de homossexualidade, que marca o início da doença até o início de sua maturação (1981-1989) para a de pauperização, feminização e juvenilizacão. Ela rompe fronteiras espaciais, sai das grandes metrópoles para o interior, em grande parte por causa da migração, motivada tanto por fatores econômicos quanto psicossociais: busca de trabalho e de amor (Barrons Jr, 2000). Também variam, historicamente, os órgãos de ressonância das doenças que podem ser qualificadas como ético-políticas por serem determinadas pelo *ethos* e pelas 'idéias-força', que naquele momento constituem os padrões normatizadores do adoecer.

Corpo é figura simbólica poderosa, atualmente. A doença emocional emblemática do final do século não está mais restrita a um órgão, mas ao corpo como um todo e à estética corporal, como a anorexia e bulimia, versão moderna da histeria,[6] e a Aids que, atualmente, ocupa o lugar de doença ético-política que pertenceu à tuberculose.

Nessa perspectiva ontológica, conceitos, aparentemente inovadores por indicarem interdisciplinaridade, na realidade são redundantes, como 'psicossomático', que também é tendencioso na medida em que é usado só para referir-se à influência das emoções na doença e não na saúde.

Não se somatiza a alegria?

Até o objetivo central da crítica ao paradigma biológico-naturalista – a interdisciplinaridade – não foi bem equacionado. Resolveu-se o debate entre história e biologia, ora distribuindo eqüitativamente 50% para cada uma responsabilidade pela saúde, ora colocando-as como interdependentes, ora mantendo uma contradição entre o discurso teórico, a prática e a metodologia ou, ainda, adotando-se posições intolerantes e polarizadoras, à semelhança do que se propunha combater, só que promovendo o descaso pelo biológico.

[6] Doença por muito tempo relacionada ao útero.

Biotecnologia e a Concepção Humana de Saúde

Como já foi citado, a EG e a neurociência não matam o humanismo, ao contrário, reafirmam o sentido sociocultural e subjetivo de saúde e a necessidade, agora maior, do *ethos* humanista como idéia reguladora de saúde. E o que é mais importante, elas evidenciam a função social que a saúde sempre desempenhou: a de biopolítica normalizadora e fundamento da moralidade e da exclusão social, como muito bem analisou Foucault (1996). No entanto, esta evidência, ao contrário de negar a dimensão ética da saúde, atribui-lhe a responsabilidade de superar o seu papel de agente da moralidade, para tornar-se princípio ético orientador. Para exemplificar este postulado, tome-se, como exemplo o desvendamento cada vez mais preciso dos genes da molécula DNA. O código genético fornece os potenciais para a vida, mas não diz se a pessoa vai ser um bom profissional ou um bom político. O valor não é dado geneticamente, mas social e intersubjetivamente.

Graças aos novos recursos tecnológicos, as máquinas aprimoram as fotografias do cérebro, possibilitando novas descobertas sobre seu funcionamento que reafirmam a sua dimensão simbólica e subjetiva, corroboram a tese de que não há fronteira rígida entre razão e emoção, cultura e biologia, e que as funções psicológicas estão em constante processo de configuração.

O assassino da cultura e da subjetividade não é a tecnologia, mas as interpretações desses resultados embutidos de totalitarismo e de intolerância teórica e o uso dos mesmos segundo a lógica mercadológica e não por valores humanos.

A Ética na Saúde e a Saúde como Ética

As reflexões anteriores explicitam o sentido ético-político da saúde, para o qual convergem e do qual emanam todos os outros sentidos da mesma. Afirmar a dimensão ética da saúde não é novidade. Hipócrates já se preocupava com ela, tendo equiparado a ordem física à ordem ética e política.[7] A diferença é que a ética está na moda.

[7] Barreto (2000) reflete, em sua dissertação, sobre a saúde como virtude e simetria entre corpo, alma e sociedade, na Grécia antiga.

Todos clamam por ela e a incorporam em seus discursos com diferentes objetivos. Por isso é preciso cuidado para não confundir 'ética de princípios' com 'ética da eficácia'.

Por influência de seu criador, a medicina tem sido pioneira nos debates sobre ética, com direcionamento e intensidade diferenciados, no decorrer de sua história. Na área da pesquisa em saúde, o debate sobre a ética intensificou-se após os horrores perpetrados pelas experiências médicas nos campos de concentração nazistas, o que resultou na louvável iniciativa internacional de regulamentar a avaliação da ética em pesquisa. Atualmente, foi reavivada de forma abrangente por conta dos avanços da biotecnologia. A EG reabre as discussões sobre liberdade de escolha e sobre os limites da responsabilidade individual. Se ela oferece ao homem o controle absoluto da natureza e dos mistérios da alma humana, quem pode controlá-la? Preocupação extremamente relevante para se evitar o relativismo e o cinismo explorador, especialmente por ocorrer em momento em que os valores e princípios humanistas perderam sua força reguladora no embate com a lógica instrumental e mercantil.

É justamente por causa deste perigo que é preciso cautela e criticidade nas discussões sobre ética para se evitar seu uso retórico, demagógico e ideológico ou a adoção de pressupostos neoliberais como o de livre arbítrio. Esta concepção é falsa por princípio, pois cria a ilusão do homem como senhor das suas escolhas, cabendo a ele decidir e consentir tratamentos, e que a doença é de sua responsabilidade. Também é falsa em relação ao paradigma epistemológico que a afirma. A concepção de homem do modelo biológico-naturalista conflitua com a idéia de livre arbítrio, na medida em que considera que ele é regido por leis que independem de sua vontade, sendo que até a vontade é determinada geneticamente.

Sem a reflexão crítica da dimensão ética da saúde e da saúde como ética, inserida no contexto sócio-histórico, corre-se o risco de promover os valores individualistas neoliberais que culpabilizam a pessoa pela sua doença e reforçam a idéia em voga, hoje, de que todos temos no nosso interior todos os recursos necessários para obter sucesso e alcançar saúde e felicidade, bastando desenvolver os supostos recursos interiores. Sem a crítica aos princípios da ética da eficácia, a incorporação do simbólico, do subjetivo e da ética na saúde tornam-se

imperativos categóricos e ideologias como vêm ocorrendo com a ênfase na auto-estima. Desde que a saúde adotou a retórica ético-afetiva, a auto-estima tornou-se a causa e a solução dos graves problemas enfrentados pela população, desconsiderando que eles resultam do descaso das autoridades. Auto-estima virou um remédio muito recomendado às pessoas que procuram assistência à saúde, como condição básica do tratamento, reforçando a idéia de que a saúde depende da vontade e do empenho de cada um, culpabilizando, assim, o indivíduo e a família pela doença.

Sem dúvida, um 'vírus ético-político' que a saúde precisa combater é o da instrumentalização sem limites do homem e da vida, pela mercantilização sem limites. Este 'vírus' provoca a perda da dignidade humana, cujo sintoma é a culpa, a humilhação, o medo e o isolamento. Nesta situação endêmica, os indicadores de saúde são definidos pelas ideais normativos dominantes do momento histórico em que se insere, submetendo a saúde e a biotecnologia às regras da utilidade capitalista, de forma à levar o Estado a se preocupar mais com a saúde da economia do que com a do seu povo.

A indústria farmacêutica aprendeu a explorar, em benefício do próprio lucro, os ideais normativos de cada época, para definir onde aplicar os recursos destinados à pesquisa em saúde como, por exemplo, nos anos 70, orientada pelas reivindicações femininas, investe em pesquisas sobre pílulas anticoncepcionais e calmantes para criança, colaborando, assim, com a 'libertação' das mães dos encargos da maternidade para dedicarem-se à profissão. Com este propósito, anteriormente, já fizera a campanha em favor do leite em pó. Nos anos 90, investe nos medicamentos da felicidade narcísica, oferecendo a possibilidade de ser feliz sem o outro, na solidão consigo mesmo e cultuando o próprio corpo. Dessa forma, colabora com a naturalização das emoções e com a idéia de que as relações entre os homens são descartáveis. A tristeza, aquele sentimento que necessitava do ombro amigo é substituída por angústia, uma reação biológica, curada por meio de drogas como o Prozac.

Cabe aqui um alerta. A crítica à instrumentalização das dimensões subjetivas, simbólicas da saúde e das conquistas da biotecnológias não pode tornar-se apocalíptica, obscurecendo as possibilidades que elas oferecem e as conquistas sociais que favorecem como, por exemplo,

a separação da qualidade de vida da idade cronológica, a procriação da sexualidade, a estética corporal e a identidade sexual da genética. O que se quer reafirmar é que, sem a reflexão ética, a saúde vira estratégia disciplinalizadora ao sabor dos interesses do poder e que é preciso incorporar a dimensão ética, já preconizada por Hipócrates, para garantir que a saúde se torne virtude pública.

Um filósofo que fornece uma idéia reguladora de saúde como ética, sem cair na transcendência ou em determinismos é Espinosa. Sua concepção nega a cisão entre ética, desejo e necessidade, ao considerar que a ética não é definida por instituições ou entidades transcendentais, nem ao sabor de desejos incomensuráveis, mas está enraizada na potência do ser e comandada pelo seu desejo de ser feliz. Ter saúde é estar apto a afetar e ser afetado por outros corpos em bons ou maus momentos.

Sua contribuição mais importante é o deslocamento do político para o campo da ética e desta para o campo das emoções.

> A ética só pode ser experimentada se for sentida como felicidade e não como conformismo a imposições de fora. E a felicidade é ética porque aumenta o único fundamento da virtude que é a capacidade de ação em prol da manutenção do próprio ser.[8]

A ética é imanente, pois é comandado pelo desejo de ser feliz, o que corresponde à valorização de tudo o que contenta o homem, porque aumenta seu poder de afetar outros e de ser afetado no esforço de autoconservar-se. É impulsionado pelos afetos e pelas paixões que o julgamento pode decidir que um determinado comportamento corresponde ao bem e que determinada ação deva ser evitada (Espinosa, 1974).

A concepção espinosana de ética obriga a incorporar o corpo na análise da saúde, mas não o corpo desencarnado e abstrato, regido por leis que transcendem as suas afecções, mas o corpo 'conatus' que se potencializa pelas afecções que recebe.

A modernidade expulsou o corpo das análises psicológicas e sociais com três argumentos: higienista, moral e racional. A biotecnologia o recupera e a sociedade neoliberal o enaltece, mas para

---

[8] Resumo de reflexões do livro *Ética de Espinosa* contido no meu texto, apresentado para o concurso de titular do Departamento de Sociologia da PUC-SP: "Por que investigo afetividade?", 2000 (Mimeo).

instrumentalizá-lo. Cabe à saúde ética e à saúde como fundamento da ética apropriar-se dessa recuperação, mas na contramão da instrumentalização, adotando o corpo relacional, afetado pelo corpo de outro como fonte de idéias adequadas de saúde e ética.

À Guisa de Conclusão

Afirmar o sentido ético-político da saúde na sociedade neoliberal, administrada pela lógica do mercado, equivale a historicizá-la e submetê-la a uma auto-reflexão social, assim como a uma auto-reflexão epistemológica e ontológica. Não se muda a concepção de saúde, sem, antes, mudar a ontologia do ser que a referencia e sem compreender os usos que dela são feitos nos diferentes contextos históricos.

Na ética da imanência, a saúde sai dos escombros a que estava relegada pela ontologização do biológico e da doença, apresentando-se como ética e estética do existir, da ordem tanto da dor quanto do sofrimento.[9] O saudável, o bom e o belo tornam-se indissociáveis, assim como o subjetivo, o simbólico, o social e o biológico.

Saúde não é uma totalidade em si, nem um relação imediata com a doença ou um estado definido biologicamente. Ela é a possibilidade de ter esperança e potencializar esta esperança em ação. Segundo o filósofo da alegria, expressão usada por Chaui (1995, 1998), a potência de ação é a capacidade de um corpo ser afetado por outro, num processo de possibilidade infinita de criação e de entrelaçamento nos bons e maus encontros, portanto, é quando o homem se torna causa de seus afetos e senhor de suas percepções. A potência de padecer é viver ao acaso dos encontros, joguete dos acontecimentos, pondo nos outros o sentido da própria potência de ação.

Nessa perspectiva, a expressão mais correta para designar a práxis em saúde não é nem prevenção nem promoção, mas potencialização que demanda ações no plano biológico, subjetivo, social e ético, transformando figuras eliminadas das políticas públicas em espaços e estratégias privilegiadas como a emoção, a intimidade e a temporalidade.

---

[9] Heller (1979) distingue dor de sofrimento. A dor é própria da vida humana, um aspecto inevitável. O sofrimento é a dor mediada pelas injustiças sociais. Ver sobre esta discussão, Sawaia, 1999.

Se o subtexto da saúde é o desejo de ser livre e a sua práxis passa a entender a emancipação como fundamento e a incorporar a liberdade como pressuposto, a saúde torna-se um indicador seguro da ética social, pois revela o cuidado que a sociedade tem com seus cidadãos e, no plano individual, como ele é vivido na tensão entre a potência de padecer à escravização e de resistir a ela, corporal, emocional e socialmente.

Com esta idéia reguladora de saúde, não há porque temer a biotecnologia, a engenharia genética e as engenharias administrativas de qualidade total na área da saúde. Basta usufruir delas, transformando-as em estratégias poderosas de construção estética da existência.

Referências Bibliográficas

BARRETO, M. M. S. *Uma Jornada de Humilhações*, 2000. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica.

BARROS JR, F. de O. *Letras e Chá no V(HIV)er Positivo*, 2000. Tese de Doutorado, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica.

CHAUI, M. *Espinosa: uma filosofia da liberdade*. São Paulo: Ed. Moderna, 1995.

CHAUI, M. A*s Nervuras do Real.* São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

ESPINOSA, B. *Ética*. 3. ed. São Paulo: Atenas, 1957.

FOUCAULT, M. V*igiar e Punir: o nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1996.

HELLER, A. *Teoria de los Sentimientos.* 3. ed. Madri: Editorial Fontamara, 1979.

LAURELL, A. C. & NORIEGA, M. *Processo de Produção e Saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.

SAWAIA, B. B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão'. In: SAWAIA, B. B.(Org.) A*s Artimanhas da Exclusão: uma análise ético-psicossocial*. São Paulo: Vozes, 1999.

THORNHILL, R. & CRAIG, T. P. *Uma História Natural do Estupro: as bases biológicas da coerção sexual*, 1999.

VYGOTSKY, L.S. Pensamiento y palabra. In: VYGOTSKY, L. S. O*bras Escogidas II.* Madri: Visor, 1982.

6 A Palavra - Subjetividade e as Coisas - Subjetividade

Luis David Castiel

Preliminarmente, é importante mencionar que neste texto serão empregados, de modo relativamente 'despreocupado', conceitos e expressões sujeitos a discussões e controvérsias, conforme distintas orientações teóricas e conceituais dos pesquisadores e *scholars* das ciências sociais contemporâneas, Certamente, ocorrerão simplificações ('simplorificações?') inevitáveis pela complexidade e inconclusividade do tema e, decerto, pelas assumidas limitações pertinentes aos domínios sociológicos do autor, oriundo do campo médico-epidemiológico.

Então, comecemos conduzidos pela *Mão de Alice*, na verdade nome de um livro de Boaventura de Sousa Santos (1995), sociólogo luso. No capítulo intitulado 'Modernidade, identidade e a cultura de fronteira', este importante autor fala que identidades culturais são resultados transitórios e fugazes de processos de identificação (aliás, para a psicanálise, não existe identidade e, sim, identificações em curso).

Mesmo, identidades aparentemente sólidas, como aquelas relativas a classe, gênero, sexualidade, nacionalidade, etnia/raça, implicam negociações de sentido, jogos de polissemia, embates de interesses e lutas por hegemonia. É, como assinala Sousa Santos, crucial conhecer quem pergunta pela identidade, em que condições, contra quem com que propósitos e com que resultados em mente.

Isto posto, cabe acrescentar que o primeiro nome da identidade na dita era moderna é subjetividade. É essa subjetividade ocidental que alguns teóricos consideram que está entrando em colapso. Tanto em termos socioculturais como pessoais. Ou seja, neste início de milênio, não disporíamos mais de identidades pessoais estáveis que nos

asseguremos a idéia que temos de nós-próprios, mesmos, ou de nós-mesmos, próprios, como sujeitos relativamente unificados/integrados.

Nem isto mais estaria ocorrendo, pois, para alguns pensadores, estaria acontecendo um descentramento do sujeito, tanto de seu lugar no mundo social e cultural quanto de si-mesmo.

Ocorreu-me lembrar que estamos chegando ao final da chamada 'década do cérebro'. Isto me faz indagar capciosamente quanto da década foi dedicada à subjetividade pessoal, ou ao psiquismo ou à mente, de modo a nos ajudar a explicar/compreender este fenômeno. Talvez se esta 'década' que se encerra fosse enunciada 'década de mente' fizesse maior sentido. Haja visto a loucura vertiginosa que presenciamos e vivemos nos dias de hoje.

Neste contexto, uma das preocupações fundamentais que pensadores da ciência, da filosofia, da psicanálise, entre outros campos, procuram responder trata da grande questão metafísica: 'quem somos?'. Esta pergunta pode assumir uma modalidade de encaminhamento através da pergunta 'qual é o funcionamento da mente?'

Mas, esta modalização leva a debatermos se será possível conhecer a mente humana e suas manifestações. Mas, aí temos de definir melhor o que se entende por 'conhecer' e 'o que' se pretende conhecer. Isto, em si, traz gigantescas dificuldades (tanto de caráter ontológico, como epistemológico), ao implicar o objeto de estudo com o investigador (e seus instrumentos) ao estudá-lo.

Para ir adiante, vamos dirigir tal discussão para a tensão relativa a duas supostas modalidades de 'o que' se procura 'conhecer'. Isto é: o 'desconhecível' – incognoscível ou o 'desconhecido' – cognoscível?

Sabemos que a filosofia se configura como o campo clássico que aborda a primeira dimensão (no caso da epistemologia, a própria tensão) e as ciências empírico-lógicas, a segunda.

No entanto, estamos presenciando, desde a metade do século XX, a um progressivo e, agora, vigoroso avanço do campo científico sobre o filosófico. Há autores, inclusive, que explicitam a meta de deslocar a própria distinção entre o desconhecido cognoscível e incognoscível da filosofia/epistemologia para o território tecnocientífico (Traub, 1997).

Pois bem, a mente humana (em especial, a propriedade de autoconsciência) se apresenta como um emblema desta tensão

territorial. Há os que consideram a consiciência-de-si exclusivamente tratável em termos metafísicos e/ou socioculturais. No outro extremo, há os que encaram a mente como um objeto plenamente abordável pelas ciências empírico-lógicas, no caso, as chamadas neurociências.

Neste caso, em geral, aqueles que consideram como válida somente a abordagem cientifica da 'mente' tendem a considerar a consciência como algo de pequena importância (Searle, 1997). Apesar disto, a questão da consciência se manifesta com mais força, provavelmente, em função da dimensão chamada 'ipseidade' – consciência-de-si. O argumento principal para a prevalência desta via parece se vincular ao 'fato' de este aspecto específico se configurar como um dos temas que aparentam gerar mais perplexidade nos domínios dos estudos sobre o mental (e, também, confessemos, na perspectiva da economia psíquica de cada um de nós).

O que faz a consciência ser enigmática é sua subjetividade, sua singularidade. Inclusive, debate-se se cabe considerá-la como um problema epistêmico, ou seja, passível de ser abordado pelos saberes, protocolos e instrumentos do âmbito científico verificacionista (Searle, 1998). Mas, é importante destacar que, ao lado da questão epistêmica: como conhecer a mente, é preciso levar em conta a dimensão ontológica: o que vem a ser 'isto'? E, nestas condições, a ontologia de 'primeira pessoa' como indica Searle (1997).

Quando enquadramos a mente como objeto de estudo, não se trata tão-somente das mentes de outras pessoas (terceiras) – ele/ela –, mas de 'eus' que são eles/elas. Isto precisa ser levado em conta, pois a objetividade científica se instabiliza diante desta íntima proximidade 'eu-sujeito-pesquisador/ele-objeto-pesquisado'. Os fenômenos mentais parecem escapar aos nossos esforços de apreendê-los e como possível sintoma disto, percebem-se muitas imprecisões e um considerável desconhecimento próprio a esta ordem de fenômenos, as categorias e vocabulários com que o campo neurocientífico opera podem apresentar acentuadas inadequações em suas definições, muitas vezes conducentes a conclusões multíplices e díspares (Searle, 1997). Esta seria uma das razões das intermináveis controvérsias e polêmicas no campo da dita filosofia da mente em si e de saberes ditos psi. Disto fica uma incômoda sensação de desamparo de teorias explicativas consistentes o suficiente para se superporem a teorias concorrentes.

Segundo Horgan (1996), a consciência teria adquirido um estatuto de problema tratável através de investigações empíricas depois que cientistas de renome como Francis Crick – que, juntamente, com James Watson configurou a estrutura em dupla hélice do ADN – e Gerald Edelman – que, entre outros, produziram especulações teóricas acerca da organização e funcionamento neurobiológicos da mente.

A partir da premissa de que estados cerebrais causam estados mentais, um dos pontos cruciais dos trabalhos sobre a consciência se localiza no denominado problema dos *qualia*. Como lidar com as propriedades subjetivas, pessoais, singulares que acompanham a experiência consciente?

Qualia é o plural de *quale*, uma palavra latina que se refere à qualidade abstraída como uma essência universal, independente de algo – por exemplo: dor, brancura, dureza. Aliás, Horgan (1996), com pertinência, considera o termo enganoso, por deixar implícita a idéia do *quale* de um estado consciente ser dissociável da experiência consciente totalizada e abordado à parte. Ignorar a dimensão subjetiva da consciência inviabilizaria qualquer possibilidade de concebê-la.

O filósofo Maurice Merleau-Ponty (1945) enfatizou que é preciso diferenciar o corpo vivido do corpo fisiológico. Podemos até sugerir que, em muitas circunstâncias da vida, para muitas pessoas, parece haver alguma incompatibilidade de gênios entre o corpo vivido e o organismo fisiológico. Em 1991, o biólogo, médico e filósofo Henri Atlan (1991) indagava se a fisiologia da vontade mostraria os limites do método científico quando descreve o movimento voluntário e a experiência subjetiva do projeto que o acompanha.

Tudo gira em torno da terminologia clássica, herdada da biologia vitalista que procurava distinguir o voluntário, intencional no interior dos mesmos organismos humanos e, por vezes, animais, do involuntário, reflexo, automático. A fisiologia físico-química que ultrapassou o vitalismo, foi obrigada a lidar com vocabulários gerados pelas perspectivas vitalistas, encontrando dificuldades. O que nos parece movimento voluntário pareceria não se distinguir, do ponto de vista de seus mecanismos, de um movimento voluntário.

Mas, com o desenvolvimento de técnicas sofisticadas de prospecção neural, será que é possível distinguir? Não tenho competência para entrar neste campo. Mas, gostaria de apontar algo que

antropólogos do campo dos estudos da ciência, tecnologia e sociedade chamam de "modelagem objetiva de si-mesmo" (Dumit, 1997). Ou seja, como avanços tecnobiocientíficos (como as imagens das tomografias de emissão de 'pósitrons' ou de 'fótons únicos' sobre nossos cérebros) participam da produção/alteração de nossa categoria de pessoa (e de 'natureza humana') e, também, dos sentidos do que seria normal e patológico. A unidade humana básica – pessoa – é uma categoria cultural com diferentes atributos: racionalidade, autonomia, particularidades de gênero etc.

A modelagem objetiva de nós-mesmos se relaciona com a forma como tomamos elementos sobre nós-mesmos – corpos, mentes, capacidades, traços, estados, limitações, propensões etc. encontrados no mundo e que nos chegam de várias formas e os incorporamos em nossas vidas. Por exemplo: como incorporar as técnicas de reprodução assistida e de clonagem em nossas vidas? Como incorporar as imagens de nosso cérebro (será possível visualizar a mente?) em nossas idéias de nossas afecções neurológicas/psiquiátricas/ psicossomáticas.

Será possível detectar imageticamente nossas fobias/neuroses/ psicopatias. Isto pode vir a explicar (mas não justificar, claro) certos atos criminosos? Como estas configurações alterarão normas e procedimentos jurídicos? Como alterarão uma ida ao geneticista investido no papel de conselheiro para julgar os resultados de um exame de líquido amniótico ou de DNA embrionário? Um exemplo: a foto de um embrião intra-útero, ou a gravação da ultra-sonografia, já faz os futuros pais guardarem esta imagem nos primeiros meses da gravidez e mostrarem-na como sendo já o 'Paulinho' dentro da barriga da mamãe...

Para encerrar, quero enfatizar que estas situações indicam o vigor biomédico em propor respostas às incertezas e ansiedades sobre a natureza humana, a partir das respectivas buscas de certeza científica. Mas, como muito bem aponta Dumit (1997): o que se constitui em certeza em relação à natureza humana?

Referências Bibliográficas

ATLAN, H. *Tout, Non, Peut-être: education et verité.* Paris: Seuil, 1991.

DUMIT, J. A digital image of the category of the person: PET scanning and objective self-fashioning. In: DOWNEY, G. L. & DUMIT, J. (Eds.) *Cyborgs and Citadels: anthropological interventions in emerging sciences and technologies.* Santa Fé: School of American Research Press, 1997.

HORGAN, J. *The End of Science: facing the limits of knowledge in the twilight of the scientific age*. Nova Iorque: Broadway Books, 1996.

MERLEAU-PONTY, M. *Phenomenologie de la Perception.* Paris: Gallimard, 1945.

SEARLE, J. R. *A Redescoberta da Mente*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

SEARLE, J. R. *O Mistério da Consciência e Discussões com Daniel C. Dennett e David J. Chalmers*. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

SOUSA SANTOS, B. de. *Pela Mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade.* São Paulo: Cortez, 1995.

TRAUB, J. The unknown and the unknowable: a talk with Joseph Traub. Disponível em : <http://www.edge.org/3rd_culture/traub/traub>, 1997.

7 Análise do Conceito de Saúde a partir da Epistemologia de Canguilhem e Foucault

Maria Thereza Ávila Dantas Coelho e Naomar de Almeida Filho

O objetivo do presente estudo é investigar o conceito de saúde em alguns discursos contemporâneos de referência científica, como a psicanálise, a sociologia e a antropologia, a partir de autores representativos dos mesmos, tomando como base de comparação e discussão o discurso médico tradicional e como referência teórica a epistemologia histórica de Canguilhem e Foucault. A escolha desses discursos deveu-se ao fato de eles se apresentarem como sensíveis ao objeto desta investigação e à oportunidade do campo da saúde coletiva nos convidar a uma abordagem multi e transdisciplinar do seu objeto em perspectiva.

Do ponto de vista teórico, verificamos o quanto é importante o estudo da normalidade (Durkheim, 1968; Freud, 1980; Canguilhem, 1978; Devereux, 1976), ao tempo em que são poucas as abordagens científicas deste conceito. A dificuldade de conceituar a saúde é reconhecida desde a Grécia antiga. Apesar disso ou até por isso mesmo, Canguilhem (1990) propõe que a saúde, e não apenas a doença, seja estudada pela ciência.

No que diz respeito às práticas e políticas de saúde, a partir dos anos 70, os principais sistemas de saúde do mundo, dentre os quais o do Brasil, entram em crise. Surgem, então, propostas para uma nova política de saúde, centradas numa concepção e prática positivas (Paim, 1992, 1994a,1994b, 1994c; Mendes, 1996; Paim & Almeida Filho, 1998).

De acordo com vários autores (Canguilhem, 1978, 1990; Freud, 1980; Lacan, 1988; Kleinman, 1980, 1986, 1988; Good, 1980, 1994; Young, 1982; Bibeau, 1988, 1992; Bibeau & Corin, 1994), a saúde constitui um estado dinâmico que pode depender de muitos fatores:

contexto sócio-econômico-político-histórico-cultural, genótipo, psiquismo, modo de vida, aspecto e situação. Ela se desdobra nas normalidades mental e orgânica, mas ambas não necessariamente coincidem (Jaspers, 1985; Canguilhem, 1978; Foucault, 1976). A saúde difere tanto quantitativamente quanto qualitativamente da enfermidade. Ela não implica o completo bem-estar (Berlinguer, 1978), a normalidade total, a ausência de anormalidade, uma vez que esta concepção se distancia da realidade concreta. A saúde implica, sim, uma quantidade moderada de sofrimento, com predomínio de sentimentos de bem-estar. Ela é um ideal desejado, mas também uma realidade concreta.

No que diz respeito à relação entre a saúde e a doença, a saúde tanto pode implicar a ausência de doença quanto a sua presença, desde que temporária.[1] A idéia inicial da saúde entendida como ausência de doença é afirmada pela medicina. Ela foi ampliada pela perspectiva da saúde com possibilidade de adoecimento defendida pela psicanálise, pela epistemologia médica canguilhemiana e, mais recentemente, pela antropologia.

A psicanálise questionou a separação médica abismal entre o normal e o patológico. De acordo com Freud (1915-1917), toda pessoa se aproxima do neurótico e do psicótico num lugar ou noutro, em maior ou menor extensão. A vida dos normais também encontra-se marcada por sintomas e traços neuróticos (Freud, 1980). Os casos mais brandos de neurose é que corresponderiam à normalidade. Assim, tanto os fenômenos normais quanto os patológicos são produzidos pelos mesmos mecanismos mentais (Freud, 1980).

Para Canguilhem (1965, 1978, 1990), a saúde implica poder adoecer e sair do estado patológico. A ameaça da doença é, portanto, um dos seus elementos constitutivos. Também as pesquisas antropológicas de Stacey (1986), Lewis (1986) e D'Houtaud & Field (1993) revelaram que a ausência de enfermidade não implica necessariamente a saúde. Se um indivíduo enfermo resiste e afirma estar bem, ele é considerado saudável. Variadas são as representações positivas da saúde.

Realizando uma retrospectiva histórica sobre as transformações operadas no conceito de loucura a partir do século XV, Foucault (1990,1987) constatou que, desse século até o XVIII, a loucura foi

[1] A definição tradicional e restrita da saúde como ausência de doença se mostrou insatisfatória, na medida em que ela revela apenas o que a saúde não é, sem explicitar do que se trata (Rosenquist, 1940).

definida pela sua dimensão negativa, a partir de uma lógica binária, como sendo o oposto da razão: o desatino. A partir do século XIX, entretanto, sob a diversidade das formulações científicas de diferentes autores, desde Esquirol e Broussais até Janet, Bleuler e Freud, postulou-se uma estrutura antropológica de três termos – o homem, sua loucura e sua verdade – que substituiu a estrutura binária do século XVIII (verdade e erro, mundo e fantasma, ser e não-ser). O louco do século XIX não era mais o insensato do século XVIII, mas o alienado, sendo ao mesmo tempo a verdade e o contrário da verdade, ele mesmo e outra coisa que não ele mesmo. Do mesmo modo que, no século XIX, a doença não implicava perda completa da saúde, a loucura também não era concebida como a perda total da razão, mas como uma contradição na própria razão que ainda existia, daí a possibilidade de sua cura. O fato de a psicologia positivista do século XIX só ter sido possível pela sua negatividade – psicologia da memória pelas amnésias, da linguagem pelas afasias, da inteligência pela debilidade mental – constituiria, assim, um paradoxo.

Foucault não explicitou as razões pelas quais a lógica binária do século XVIII se manteve presente no século XIX, já que ele próprio havia afirmado que tal lógica havia sido substituída por uma estrutura antropológica de três termos. Podemos admitir que teria ocorrido uma ampliação da lógica binária do século XVIII para a estrutura de três termos do século XIX, e não uma substituição, como afirmou Foucault (1980,1987).

Com relação aos signos e significados de saúde, estes não se reduzem à leitura da semiologia médica. Tal ampliação de sentido foi defendida por vários dos discursos de referência científica considerados, como a epistemologia médica canguilhemiana, a psicanálise, a teoria do rótulo e a antropologia médica. Canguilhem (1978) afirmou que um dado signo de anormalidade, de acordo com a semiologia médica, pode ser um signo de normalidade no contexto do próprio indivíduo ou de seu grupo social. Freud e Lacan apontaram que os signos considerados mórbidos possuem múltiplos sentidos e existem nos indivíduos tidos como normais. Os teóricos do rótulo assinalaram que, se não houvesse a rotulação, os sintomas dos 'doentes mentais' teriam outro significado que não o de doença (Goffman, 1961, 1975; Becker, 1963; Scheff, 1966). Da mesma forma, para a antropologia

médica um mesmo signo pode ter diferentes significados a depender do seu contexto. Quanto à prática clínica ligada à saúde, esta não se reduz à eliminação do sintoma. De acordo com a epistemologia médica, uma terapêutica deve respeitar o novo modo de vida instaurado pela doença, não agindo intempestivamente no sentido do retorno ao normal.

Quanto à dimensão normativa da saúde, de acordo com Foucault (1980, 1987), trata-se de uma invenção da modernidade. Segundo esse autor, até o fim do século XVIII a medicina referiu-se mais à saúde do que à normalidade. Ela apontava para as qualidades de vigor, flexibilidade e fluidez que a doença faria perder e que se deveria restaurar. A prática daquela época destacava o regime, a dietética, enfim, regras de vida e de alimentação que o indivíduo impunha a si mesmo. Já a medicina do século XIX se apoiava na análise de um funcionamento regular, normal, para detectar onde o indivíduo se desviou. Ela era normativa. De acordo com a hipótese foucaultiana, a modernidade se caracterizaria pela invenção política da saúde como a maior riqueza das nações, já que concebida como fonte das demais riquezas. A promoção da saúde das populações pela via da normalização dos corpos seria a estratégia política primordial da medicina, por meio de um discurso essencialmente valorativo (Foucault, 1980, 1987; Birman, 1991).

Entretanto, a concepção de Foucault (1980, 1987), segundo a qual a dimensão normativa da saúde é uma invenção da modernidade, parece não se sustentar. Ele próprio afirmou que a prática médica anterior ao século XIX implicava regras de vida. Como não reconhecer aí, nessas regras de vida, uma dimensão normativa? Foucault justificou que a medicina do século XIX era normativa porque se apoiava na análise de um funcionamento regular, normal, para detectar onde o indivíduo se desviou. A medicina anterior ao século XIX também buscava um funcionamento regular (Czeresnia, 1997; Larrea Killinger, 1997). As práticas de saúde pública (como a quarentena, o isolamento, acender fogueiras e desinfetar o ar com perfumes e enxofre) eram normativas e visavam a assegurar o ideal da saúde. Recomendava-se a moderação no comer, beber, relacionar-se sexualmente, banhar-se e suar.

Segundo Foucault (1980, 1987), a norma da saúde do século XIX teria substituído o ideal religioso da salvação. O que dizer, então, da associação pré-científica entre a saúde e a própria salvação? É certo que a doença estava associada ao pecado. Uma das prescrições para se

ter saúde era não pecar. A idéia da saúde como um ideal, uma norma, um modelo é, portanto, bem anterior à modernidade. A saúde como valor não é algo que só se consolida neste século, como também afirmou Berlinguer (1978). Desde a Antigüidade, ela implica a norma, o ideal e se refere aos padrões sociais aceitos, estimados e desejados. Canguilhem (1965) ressaltou que uma das razões da associação entre a saúde e o valor é de natureza etimológica: valor origina-se da palavra latina *valere*, que significa portar-se bem, passar bem de saúde.

Embora a dimensão normativa da saúde não seja uma invenção da modernidade, com o movimento da Revolução Francesa a medicina adotou uma nova postura normativa. O desenvolvimento do capitalismo e o desejo burguês de instalar uma nova ordem econômico-social, com a concomitante industrialização e complexificação do trabalho, tornaram necessário o estabelecimento de novas normas e padrões de comportamento. O rendimento e a saúde individual passaram a ser indispensáveis ao bom funcionamento da nova engrenagem social (Foucault, 1980, 1987). Não terá sido por acaso que a palavra normal, derivada do *nomos* grego e do *norma* latino (cujo significado é lei), surgiu no século XVIII, em 1759, significando aquilo que não se inclina, conservando-se num justo meio-termo (Canguilhem, 1978).

A partir das reformas da instituição pedagógica e da instituição sanitária, o termo normal passa a ser utilizado pelo povo significando o estado de saúde orgânica e o protótipo escolar, conforme o indício de que a escola normal era aquela que ensinava a ensinar (Canguilhem, 1978). Surgiram, então, a partir da segunda metade do século XIX, novos padrões de normalidade no âmbito da medicina geral e psiquiátrica, bem como no âmbito da sociologia e psicologia. Tratava-se de intervir sobre o indivíduo humano, seu corpo, sua mente, e não apenas sobre o ambiente físico. Buscava-se, com isso, normalizá-lo para a produção. Nessa perspectiva, o homem, tal como a máquina, poderia ser consertado e programado. Listar as possibilidades normais de rendimento do homem, as suas capacidades, bem como os parâmetros do funcionamento social normal passaram a ser tarefas da psiquiatria, psicologia e sociologia.

No que diz respeito à relação da saúde com as normas culturais, sejam elas médicas ou não, verificamos, com a epistemologia médica canguilhemiana, a psicanálise, a etnopsiquiatria e a teoria dos S/SSP

(Sistemas de Signos, Significados e Práticas), que a saúde não se reduz a uma mera adaptação a tais normas, mas refere-se, sobretudo, à capacidade normativa. A partir do presente estudo, propomos distinguir três níveis de saúde: primário, secundário e terciário. A saúde primária corresponde ao padrão científico de saúde considerado como universal. Ela implica abertura a eventuais modificações, instituição de novas normas, reajustamento, sublimação, comunicação simbólica, auto-estima e reconhecimento da realidade (Canguilhem, 1978, 1990; Devereux, 1976; Lacan, 1988; Laplantine, 1994; Bibeau, 1992).

Já a saúde secundária diz respeito ao padrão popular particular a um dado grupo social. Esse padrão varia a depender do contexto sócio-econômico-político-histórico-cultural, tanto nas diferentes sociedades quanto nas diversas subculturas de uma mesma sociedade. Essencialmente, implica o compartilhamento dos sistemas de signos, significados e práticas e o processo de rotulação, bem como a utilização de mecanismos de defesa eleitos pela cultura e estratégias de normalização.

A saúde terciária, por seu turno, corresponde à expressão singular das novas normas instituídas pelo indivíduo, que podem ser de naturezas diversas, envolvendo os signos e os significados individuais e diferenciados de saúde. Nesse sentido, a saúde não se reduz a um discurso normativo impositivo. Ela é também a possibilidade de normatividade pelo indivíduo. Promover a saúde é realizar ações que gerem bem-estar ou evitem riscos, respeitadas as condições de escolha e criação dos indivíduos. A relação da saúde com a cultura não se restringe à obediência irrestrita às normas. Conforme estabelecido pela psicanálise e pela etnopsiquiatria (Freud, 1980; Laplantine, 1994), através da intermediação cultural da interdição do incesto, o homem não apenas se subordina à cultura, mas também tem acesso ao universo simbólico e à criação. Ele adquire capacidade normativa e de sublimação, bem como autonomia para modificar os fatos sociais.

A saúde relaciona-se, então, à forma pela qual o sujeito interage com os eventos da vida. Essa forma é construída ao longo da existência, desde a tenra infância. A capacidade normativa que Canguilhem assinalou implica um processo cotidiano de simbolização diante dos eventos da vida e a capacidade de sublimação ressaltados pela psicanálise. A questão que se torna premente nesse contexto é: o que faz com que alguns apresentem tal capacidade normativa e criativa e

outros não? Tal questão, evidentemente, aponta para o processo de constituição do sujeito. De acordo com Freud e Lacan, é na relação com o outro que o indivíduo pode se deparar com as interdições e assimilá-las, inserir-se no universo normativo e simbólico e se abrir para novas relações e criações. Se isso não acontece, ou acontece com muitos conflitos e sofrimento, o indivíduo terá, certamente, mais dificuldades em ser normativo[2] e criativo diante dos eventos da vida.

A etnopsiquiatria contribui com a importante hipótese de que a chave para a saúde mental não é o ajustamento, mas o reajustamento (Devereux, 1976). Laplantine (1994) considerou que a capacidade para a comunicação simbólica e a solidariedade da cultura com os interesses de um ego capaz de maleabilidade e sublimações criadoras devem ser tomados como critérios epistemológicos de normalidade. Embora existam fenômenos ajustados à cultura e por ela considerados normais, tais fenômenos não implicam, necessariamente, normalidade mental. Eles podem ser, ao mesmo tempo, normalidades culturais e anormalidades científicas. Nesse sentido, a normalidade tem pouca relação tanto com a inadaptação, quanto com a adaptação sociológica à norma, ou seja, aos comportamentos muito valorizados pela cultura. Isso significa que ela pode coincidir ou não com a média e que, necessariamente, não implica um padrão cultural geral, podendo também expressar os padrões das subculturas e dos seus membros.

Sendo assim, o limiar entre a saúde e a doença é singular, ainda que ele seja influenciado por planos que transcendem o estritamente individual, como os planos sócio-econômico-político-histórico-culturais. É no nível do indivíduo que se dá a influência desses contextos. Isso se verifica na medida em que há diferentes respostas por parte dos membros de um mesmo grupo. Enquanto alguns se sentem bem, outros adoecem diante de uma mesma estimulação. Ao mesmo tempo que um indivíduo resiste a um estímulo agressor considerado mais forte, outro sucumbe a um estímulo tido como mais fraco. A saúde e a doença dependem do processo de simbolização da estimulação. Se o indivíduo não consegue dar um sentido ao que lhe acontece ou se lhe dá um sentido por demais penoso, o resultado pode ser a doença.

[2] Normativo aqui tem o sentido canguilhemiano de poder instaurar nova norma, e não o significado habitual de ser conforme a ela.

Os eventos que envolvem uma perda são os mais difíceis de serem bem assimilados. Mas se o indivíduo é normativo e se sente predominantemente bem, pode-se afirmar que ele está com saúde, mesmo que apresente índices que desviam do que se considera como um funcionamento regular, porte algum grau de sofrimento ou revele, até mesmo, sinais de uma doença. Sob esse prisma, a norma, em última instância, é sempre individual. Cada indivíduo tem a sua própria concepção de normalidade. A normalidade deixa de se restringir a um único padrão, deixa de ser conforme um modelo predefinido de saúde e passa a se expressar de diferentes formas.

A saúde implica poder desobedecer, produzir ou acompanhar uma transformação. Ela pode até significar um desvio das normas sociais. Já o patológico é a perda da capacidade normativa, a impossibilidade de mudança, a fixação e a obediência irrestrita à norma. O homem normal é capaz de instituir novas normas, mesmo que orgânicas (Canguilhem, 1978, 1990). Na relação com o meio, o ser vivo, ao invés de apenas sofrer influências, procura uma situação na qual recolhe as influências que correspondem às suas exigências. Ele estrutura seu meio. O meio do ser vivo é também obra do ser vivo que se furta ou se oferece a certas influências. O normal e o anormal são determinados pela quantidade de energia que o ser vivo dispõe para estruturar o seu meio. A medida desta quantidade de energia revela-se na história de cada um.

Em 1963, Canguilhem inaugurou o debate ético sobre a questão do poder da ciência sobre a saúde, a partir da perspectiva da fabricação genética da normalidade, buscando evidenciar o seu alcance e limite. Segundo ele, se até o século XIX o médico visava apenas a restabelecer o estado vital inicial do paciente do qual a doença o havia afastado, no século XX ele também poderia decidir sobre a não geração de seres doentes por fatores genéticos e sobre a elevação do padrão de normalidade. A partir do lançamento do programa de criação de uma sociedade de iguais, através do movimento ideológico da eugenia em 1910, o homem passaria a ter a obrigação moral e social de intervir sobre si mesmo, através das técnicas de conservação do material seminal e da inseminação artificial, a fim de se elevar ao nível intelectual mais alto e vulgarizar o gênio.

O movimento ideológico da eugenia cresceu no seio da psiquiatria alemã organicista e expandiu-se no Brasil, a partir da década de 20,

sobretudo através de uma entidade psiquiátrica chamada Liga Brasileira de Higiene Mental (Costa, 1981). Influenciado, de um lado, pelas concepções da superioridade da raça branca e da hereditariedade genética das doenças mentais e, por outro, pela crítica ao sistema democrático-liberal da Primeira República, o programa eugenista da Liga propunha restrições à imigração de não-brancos, esterilização de doentes mentais, miscigenação como forma de embranquecimento racial, criação de tribunais de eugenia, seguro de paternidade eugênica e reforma eugênica de salários como meio de melhoria da raça. Para os psiquiatras da Liga, os direitos da sociedade e da ciência estavam acima dos direitos individuais. A prevenção eugênica tinha como objetivo criar um indivíduo brasileiro mentalmente sadio. Para tanto, ele deveria ser branco, racista, xenófobo, puritano, chauvinista e antiliberal, reeditando, narcisicamente, a imagem do psiquiatra da Liga. Nesse mundo regido pela única norma da saúde mental, não haveria transgressão, sofrimento ou culpa. Estariam abolidas as diferenças. Desapareceriam o louco e, conseqüentemente, seu psiquiatra.

O debate ético inaugurado por Canguilhem visava a discutir, então, se a norma de um indivíduo deveria ser determinada por ele mesmo ou por um geneticista, ou seja, se uma intervenção eugênica deveria ser necessariamente uma decisão individual ou da ciência. Para Canguilhem (1963), ela deveria ser individual. Se a decisão fosse científica, poder-se-ia desembocar numa polícia genética de caça aos genes heterodoxos, bem como numa privação do direito de gerar por parte dos genitores suspeitos. Isso redundaria no admirável mundo novo projetado por Aldous Huxley, no qual não haveria nem doentes nem médicos e todos seriam normais. Nesse caso, todos seriam normais não porque haveria diferentes normas e todas elas seriam saudáveis, mas porque só existiria um tipo de norma, a que não admite a doença, e esta norma não seria sã, ela seria patológica.

O homem normal saudável teria de se sentir capaz de adoecer e de afastar a doença (Canguilhem, 1963). Se a possibilidade de testar a saúde através da doença lhe fosse eliminada, o ser humano não teria mais a segurança de ser normal e de poder enfrentar qualquer doença que, porventura, viesse a surgir, o que configuraria a sua patologia. O genótipo influencia o modo pelo qual o indivíduo interage com os eventos da vida mas não determina diretamente o resultado dessa

interação, ou seja, a saúde ou a doença. Canguilhem demonstrou como a determinação exclusiva da saúde pelo genótipo conduziria à perda da capacidade normativa e, portanto, à doença. Um outro aspecto importante a ser considerado é que a prevenção e a engenharia genética não são capazes de produzir a saúde, mas apenas de prevenir algumas doenças.

Essa questão remete ao debate extremamente atual referente à autoridade da ciência na sociedade moderna. Inexiste uma resposta consensual para ela. O predomínio da autoridade científica no que diz respeito à biotecnologia reforça a compreensão do ser humano em termos genéticos e biológicos (Rabinow, 1991). Os indivíduos se percebem como portadores ou não de riscos e perigos potenciais. Essas verdades localizadas no DNA determinam as relações sociais, ou seja, as pessoas com quem se relacionar e ter filhos, configurando uma bio-sociabilidade.

Embora esse predomínio da autoridade científica na sociedade atual possa, numa situação extrema, levar à patologia, conforme assinalou Canguilhem, tal perspectiva parece ser utópica na medida em que, provavelmente, nem todas as situações ficarão sob o domínio desta autoridade. Além disso, permanecem abertas as possibilidades de simbolização e normatividade diante de tais perdas. De qualquer modo, o alerta de Canguilhem para essa situação extrema é instrutivo, porque marca a influência dos eventos sociais no processo saúde-doença e chama a atenção para a necessidade de se considerar o exercício normativo individual. Eis, portanto, um dos grandes desafios para qualquer proposta de uma "nova saúde pública" (Paim & Almeida Filho, 1998), centrada numa concepção e prática científica positivas da saúde: não se constituir em mais um instrumento médico de imposição ativa de valores e normas à população.

Referências Bibliográficas

BECKER, H.S. *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. Nova Iorque: Free Press, 1963.

BERLINGUER, G. *Medicina e Política*. São Paulo: Hucitec, 1978.

BIBEAU, G. A step toward thick thinking: from webs of significance to connections across dimensions. *Medical Anthropology Quarterly*, 2: 402-416, 1988.

BIBEAU, G. *Hay una enfermidad en las Américas? Outro caminho de la antropologia médica para nuestro tiempo.* VI Congreso de la Antropología en Colombia, Universidad de los Andes, 22-25 Julho de 1992.

BIBEAU, G. & CORIN, E. Culturaliser l'epidemiologie psychiatrique: les systemes de signes, de sens et d'action en sante mental. In: CHEREST, P.; TRUDEL, F. & BRETON, Y. (Orgs.) *Marc-Adélard Tremblay ou la Construction de l'Anthropologie Québécoise.* Québec: Presses de l'Université Laval, 1994.

BIRMAN, J. Interpretação e representação na saúde coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 1 (2): 7-22, 1991.

CANGUILHEM, G. *La Connaissance de la* Vie. Paris: Vrin, 1965.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

CANGUILHEM, G. *La Santé: concept vulgaire et question philosophique*. Toulouse: Ed. Sables, 1990.

CARDWELL, J. D. *Social Psychology*. Philadelphia: Davis Company, 1971.

CLAVREUL, J. A *Ordem Médica*. São Paulo: Brasiliense, 1980.

COSTA, J. F. *História da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Campus, 1981.

CZERESNIA, D. Do contágio à transmissão: uma mudança na estrutura perceptiva de apreensão da epidemia. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, IV(1): 75-94, mar.-jun. 1997.

DEVEREUX,G. *Normal and abnormal.* Nova Iorque: Harper & Row, 1976.

DURKHEIM, E. A*s Regras do Método Sociológico*. S. Paulo: Ed Nacional, 1968.

FOUCAULT, M. *Mental Ilness & Psychology*. Nova Iorque, Harper & Row, 1976.

FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

FOUCAULT, M. *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1987.

FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

GOFFMAN, E. A*sylums*. Nova Iorque: Doubleday Anchor, 1961.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.* Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.

GOOD, B. J. *Medicine, Racionality, and Experience: an anthropological perspective.* Nova Iorque: Cambridge University Press, 1994.

GOOD, B. J. & GOOD, M.-J. The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. In: EISENBERG, L. & KLEINMAN, A. (Eds.) *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht, Holanda: D. Reidel Publishing, 1980.

JASPERS, K. *Psicopatologia Geral: psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1985.

KLEINMAN, A. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Los Angeles: University of California Press, 1980.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. In: CURRER, C. & STACER, M. (Eds.) *Concepts of Health Illness and Disease: a comparative perspective*. Oxford: Berg Publishers, 1986.

LACAN, J. *O Seminário, Livro 7: a ética da psicanálise, 1959-1960*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

LAPLANTINE, F. *Aprender Etnopsiquiatria*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

LARREA KILLINGER, C. *La Cultura de los Odores: una aproximación a la antropología de los sentidos*. Quito-Ecuador: Abya-Yala, 1997.

LEINMAN, A. *The Illness Narratives: suffering, healing & the human condition*. Nova Iorque: Basic Books, 1988.

LEWIS, G. Concepts of health and illness in a sepik society. In: CURRER, C. & STACER, M. (Eds.) *Concepts of Health Illness and Disease: a comparative perspective*. Oxford: Berg Publishers, 1986.

MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

PAIM, J. S. Collective health and the challenges of practice. *PAHO. The Crisis of Public Health: reflections for the debate*. Publicação científica n. 540. Washington, 1992.

PAIM, J. S. Determinantes da situação de saúde no Brasil a partir da República. In: VIEIRA, L. M. (Org.) *Saúde Coletiva: textos didáticos*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1994a.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais In: VIEIRA, L. M. (Org.) *Saúde Coletiva: textos didáticos*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1994b.

PAIM, J. S. *Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo: USP, 1994c. (Coleção AdSaúde).

PAIM, J. S. & ALMEIDA FILHO, N. A crise da saúde pública e a saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, 32: 299-316, 1998.

RABINOW, P. E a natureza finalmente se tornará artificial. *Ciência e Ambiente*, II (3): 69-78, 1991.

ROSENQUIST, C. M. *Social Problems*. Nova Iorque: Prentice-Hall, 1940.

SCHEFF, T. J. *Being Mentally Ill: a sociological theory*. Chicago: Aldine, 1966.

STACEY, M. Concepts of health and illness and the division of labour in health care. In: CURRER, C. & STACER, M. (Eds.) *Concepts of Health Illness and Disease: a comparative perspective*. Oxford: Berg Publishers, 1986.

YOUNG, A The anthropologies of illness and sickness. *Ann. Rev. Anthropol.*, 11: 257-285, 1982.

Parte III

Trabalhando com a Diversidade Metodológica

8 Difíceis e Possíveis Relações entre Métodos Quantitativos e Qualitativos nos Estudos de Problemas de Saúde

Maria Cecília de Souza Minayo e Carlos Minayo-Gómez

Introdução

Pretendemos discutir especificamente questões metodológicas, entendendo que este foco de debate só tem sentido quando não se dissociam teoria e método. Por isso teremos como parâmetro, em primeiro lugar que, pelo menos teoricamente, já existe no campo acadêmico da saúde coletiva a compreensão compartilhada de que, saúde e doença, por significarem processos complexos e apresentarem múltiplas dimensões, devem ser abordadas por meio da contribuição de conceitos e categorias de várias disciplinas. Em conseqüência, tanto o ato da pesquisa como as práticas sanitárias necessitam ter em conta, também, a busca de adequação de várias e diferenciadas abordagens metodológicas. Para aprofundar esta reflexão, partiremos da crítica interna da prática de investigação em ciências sociais e como isso repercute no debate teórico do campo da saúde. E por fim, trataremos especificamente das relações entre quantitativo e qualitativo nas abordagens epidemiológicas e de ciências sociais e saúde.

Em 1993, Sanchez & Minayo escreveram um artigo nos *Cadernos de Saúde Pública* cujo interesse era a busca de respostas à seguinte pergunta: 'Quantitativo *versus* Qualitativo: oposição ou complementaridade?'. De semelhança profissional entre os autores, muito pouca relação: resumia-se à mesma busca de ampliar e aplicar conhecimentos no campo da saúde pública. Havia, sim, e permanece até hoje, uma amizade cultivada no trabalho e admiração intelectual entre ambos. Foram esses aspectos que os tornaram capazes de aprofundar um diálogo

sobre pontos de vista tão diferentes, fazendo que o debate acadêmico, atravessado por um mútuo respeito, pudesse render frutos objetivos e intersubjetivos. Odécio Sanchez é um bioestatístico no sentido estrito, reconhecido nacional e internacionalmente. Maria Cecília Minayo, uma antropóloga, formada num dos centros mais ortodoxos da antropologia social brasileira. Bem, no final do texto, os dois autores, não só concluíram que são possíveis a colaboração e a complementaridade entre as metodologias quantitativas e qualitativas, como encontraram alguns pontos em comum entre elas, o que vai se tentar discutir a seguir.

Em primeiro lugar, mostraram em seu estudo que não há um método melhor do que o outro, o método, 'caminho do pensamento', 'alma do conteúdo' (Minayo, 1993), ou seja, o bom método será sempre aquele capaz de conduzir o investigador a alcançar respostas para suas perguntas, ou, dizendo de outra forma, a desenvolver seu objeto, explicá-lo ou compreendê-lo, dependendo de sua proposta.

O segundo aspecto é que também os números (uma das formas explicativas da realidade) são uma linguagem, assim como as categorias empíricas na abordagem qualitativa o são, tratando-se, portanto, de duas formas de comunicação diferenciadas, devendo ambas convergir para a mesma meta anunciada no primeiro item, ou seja aproximar-se o mais possível da realidade a que se propõem a discutir.

Em terceiro lugar, refletiram que cada abordagem pode ter seu espaço específico e adequado. Entendendo que a questão central da cientificidade de cada uma delas é de outra ordem: da qualidade intrínseca das pesquisas realizadas, incluindo-se, sua pertinência, relevância e o uso adequado de todos os instrumentos que devem ser utilizados. E ambos repudiam a visão simplista, muitas vezes evocada, de que existe um lugar mais nobre e elevado a ser ocupado por uma das modalidades (qualquer seja). Esse tipo de raciocínio, que opera só num sentido, costuma ser típico de certos observadores, provavelmente, em razão de suas próprias escolhas metodológicas. A postura mais comum é a que atribui status científico apenas ao que pode ser quantificado, exercendo uma pequena tolerância para estudos qualitativos como ferramentas para exploração de variáveis a serem testadas estatisticamente. Ora, em suas conclusões Minayo e Sanchez consideram que o grande corte é o do próprio caráter de cientificidade dos trabalhos: há pesquisas primorosas tratando de questões de alta

relevância, cujo desenho de método e desenvolvimento das diferentes etapas (seja de abordagem quantitativa ou qualitativa) seguem rigorosamente os cânones universais das ciências. E há investigações simplistas, pobres do ponto de vista conceitual, mal elaboradas e mal realizadas, nos dois casos.

O último ponto que retomamos representa a essência deste debate para a área da saúde. Na medida do possível, é muito bom e importante realizar investigações cujos desenhos possam contemplar tanto indagações que exigem explicações mais amplas, que dêem conta da amplitude dos problemas, mas que também os possam aprofundar, sobretudo sob o ponto de vista das pessoas neles envolvidas. Essa parceria pode ser feita de muitas formas: desde a formulação do projeto em que os dois aspectos, explicativos e compreensivos sejam tratados durante toda a execução da investigação. Ou mesmo em momentos separados, quando um problema tratado por métodos quantitativos levanta questões para os investigadores, que não poderão ser respondidas por meio de questionários. E vice-versa, quando os estudos qualitativos despertam indagações sobre as quais os pesquisadores gostariam de ter algumas aproximações em larga escala.

Oposição entre Métodos Quantitativo e Qualitativo em Ciências Sociais

O sociólogo canadense Pirès, na referência ao *Étude de cas* versus *analyse statistique: d'un monologue à l'autre* (1982), rememora como um evento simbólico de grande importância na história das pesquisas quantitativas e qualitativas em ciências sociais, um fato ocorrido nos Estados Unidos, de repercussão em todo o campo de conhecimento, extrapolando as fronteiras da comunidade acadêmica americana. Esse evento foi a tese de doutorado, intitulada A*n experimental comparison of statistical and case history methods of attitude research*, do eminente empirista, Samuel Stouffer, em 1930. Seu estudo, a partir de grande base documental, parece ter sido um marco simbólico dos rumos da polêmica ou da falsa polêmica tratada neste artigo, qual seja a oposição entre as duas referidas formas de abordagem.

Aparentemente 'neutro' como convinha à visão positivista dominante na época (e que, na verdade perdura até hoje), o trabalho de Stouffer tinha como pressuposto básico o seguinte enunciado: qualquer problema sobre questões sociais pode ser pesquisado indiferentemente, por métodos quantitativos ou qualitativos, porém o método estatístico é mais rápido e mais facilmente aplicável. Sua proposição norteadora e os resultados de seu trabalho investigativo realmente tomaram o partido dos quantitativistas. Demonstraram não só que as abordagens estatísticas eram mais ágeis e fáceis de serem manejadas, como poderiam também ser mais abrangentes e capazes de medir objetivamente a magnitude dos fenômenos ou processos.

A idéia central dessa tese defendida exatamente na Universidade de Chicago, uma instituição científica historicamente conhecida, desde as duas primeiras décadas do século XX, como o centro por excelência da pesquisa social de cunho qualitativo, tomou corpo, espaço e tempo nos congressos e na comunidade científica da época e muito contribuiu para o declínio progressivo do uso do método qualitativo, decadência que se estendeu até os anos 60 do século passado. Quando revisamos a bibliografia da maior parte dos livros de metodologia do período, Stouffer aparece sempre como citação obrigatória, individualmente ou junto com outros autores. Segundo Pirès (1982: 17), ela também foi decisiva "para o declínio do período de glória da Escola de Chicago no cenário sociológico norte-americano".

Situando a importância dessa história, é preciso lembrar algumas figuras clássicas e seminais das pesquisas qualitativas de então, respeitadas nas ciências sociais do mundo inteiro e consideradas como formadoras do pensamento sociológico mais brilhante e avançado nos Estados Unidos. A crítica quantitativista atingiu, por exemplo, William Thomas (1970), autor do popularíssimo e mundialmente citado Teorema de Thomas, segundo o qual "se alguém considera alguma coisa como real, ela é real em suas conseqüências".

O criador desse aforisma (citado não só pelos que se propõem a conhecer a lógica própria, as interações e os estilos de vida de grupos específicos, mas em outras áreas de conhecimento, inclusive e até por muitos economistas da atualidade quando fazem análise e projeção de mercado), junto com Znaniecki (1958), havia produzido um dos trabalhos qualitativos mais citados internacionalmente pelos estudiosos

da técnica de 'história de vida', *The Polish Peasant in Europe and América*, (publicado inicialmente em cinco volumes entre 1918 e 1920. Outros que haviam realizado importantes pesquisas empíricas e escrito textos importantes baseados em trabalho de campo, como é o caso de Cooley (1928), em *Case study of small institutions as a method of research*; de Cavan (1928), em *Suicide*, e de outros que inclusive buscaram teorizar a partir de seus trabalhos, como fizeram Mead (1917), Park & Burgess (1921) e Park (1931).

Em síntese, a pesquisa qualitativa nas ciências sociais que floresceu com muito vigor do período da Primeira Guerra Mundial até os anos 30, nos Estados Unidos, passou, a partir de então, a ser considerada como o exercício de estudos heurísticos pré-científicos, perdendo seu status de uma forma de conhecimento válida e reconhecida, como queriam Thomas e Znaniecki. Esses autores consideravam a 'história de vida' como o material sociológico mais perfeito. Ao introduzirem sua obra magna já citada, defendiam, como cientistas, que o sentido dos estudos sobre a sociedade não estaria na sua apresentação simplificada em quantidades. Mas, ao inverso, caberia aos estudiosos, evidenciar uma compreensão mais profunda da vida social e de seu significado, como preconizaram autores clássicos anteriores a eles, dentre os quais, Max Weber (1949) em toda a sua obra e, antes dele, o historicista Dilthey em *Introdução às Ciências do Espírito* (1956).

Na verdade, a compreensão do que aconteceu, não 'por causa' mas a partir do processo deslanchado pela tese de Stouffer, permite-nos refletir sobre uma série de questões epistemológicas ou que dizem respeito à sociologia do conhecimento, como muito bem assinalaram Foucault, em *L'Archéologie du Savoir* (1969), e Kuhn, em *The Structure of Scientific Revolutions* (1962). Ou seja, é preciso compreender os bastidores dos avanços da ciência e os percalços dos cientistas, assim como o que acontece quando novos modelos se impõem, relegando os anteriores a segundo plano. Analisando esse período de efervescência da discussão metodológica nas ciências sociais, Pirès afirma (1982: 18): "Stouffer inaugurou uma oposição entre a sociologia antropológica ou culturalista, adepta dos estudos de casos, e uma sociologia positivista, partidária das estatísticas".

É claro que não é possível pensar a decadência do uso da abordagem qualitativa americana, fato que repercutiu nos vários países

ocidentais, apenas como uma sucessão de movimentos na história das idéias. A crise do pensamento culturalista e a preferência metodológica quantitativista, cuja paternidade na sociologia se pode atribuir à filosofia sociológica de Durkheim (1978), aconteceu, nos Estados Unidos, no mesmo período da Grande Depressão e acompanhou o movimento político de crescimento da hegemonia política e ideológica americana, que se tornou muito mais universal e se aprofundou a partir da Segunda Guerra Mundial.

Por terem desenvolvido a capacidade técnica de realizar análises rápidas e padronizadas e de darem respostas operacionais aos governantes e ao mundo empresarial, os positivistas passaram a gozar de muito maior prestígio, de prioridade acadêmica e de melhores oportunidades de conseguir financiamentos para suas investigações. E tudo isso com a chancela do método científico. Seu papel se tornou mais proeminente no pós-guerra, na produção de dados e indicadores para o desenvolvimento industrial, tecnológico e militar, favorecendo a hegemonia internacional dos Estados Unidos. Sua hegemonia se traduziu não só no controle dos meios de produção e de divulgação acadêmica de representação nas universidades, mas também na capacidade de conhecimento das entranhas do poder e de deter informações estratégicas para a formulação de políticas e de intervenção social. Até as formas de conduta, as práticas e as aspirações dos indivíduos passaram a ser quantificadas.

A preocupação da política nacional da época foi focalizada na americanização dos estrangeiros e na construção de uma nação com uma única cultura dentro de um país ideologicamente pensado como oferecendo 'igualdade de oportunidades para todos'. É preciso reconhecer, em tais circunstâncias, que os estudos estatísticos se prestavam muito mais à construção dessa homogeneização social do que os qualitativos, voltados para a compreensão e preservação de culturas específicas e de diferenciações. Foi, portanto, dentro desse embate acadêmico-político, que os temas geralmente tratados pelos investigadores culturalistas, como, por exemplo, o caso dos imigrantes nos Estados Unidos, a questão dos estrangeiros, os problemas dos grupos desviantes, entre outros, aos poucos foram se tornando irrelevantes e produtos sem interesse para o Estado nacional.

Em conseqüência, do ponto de vista do ensino das ciências sociais, nas décadas de 40, 50 e 60 do século XX, a maioria dos textos básicos de metodologia científica e os manuais sobre técnicas – material usado para ensinar aos alunos como fazer pesquisa – estavam impregnados de valores e critérios positivistas de classificação, de avaliação e de hierarquização de métodos e concentrados sobre a técnica da *enquête* quantitativa. É bem verdade que isso não se deu sem controvérsia, que pode ser observada também na revisão de alguns autores importantes desse período que escreveram sobre teoria e método, como o caso de Becker (1954), Blumer (1955) e outros, mostrando um debate que continuava a ocorrer, ainda que com níveis de força desiguais no debate entre qualitativistas e quantitativistas.

Fazendo uma retrospectiva histórica, Pirès (1983) assinala também, como pano de fundo desse debate intelectual, rivalidades institucionais entre duas grandes universidades americanas, a de Chicago (agora sob a pecha do atraso intelectual e incapacidade de se adequar aos novos tempos) e sua rival em Nova Iorque, a Universidade de Colúmbia, doravante o centro do pensamento sociológico positivista dominante. Com a adesão da maioria dos jovens, a sociologia de Colúmbia, nesse intervalo de tempo, com poucas exceções, dedicou-se a produzir 'dados' e 'indicadores quantitativos', conforme afirmará o sociólogo positivista Lundberg (1942), "quanto mais o sociólogo tende para a estatística, mais se torna refinado e objetivo".

Uma das características da produção dessa época foi, de um lado, a aversão dos pesquisadores a teorias, de outro, sua identificação com o formalismo matemático. O pensamento dominante pontificava que as teorias são idéias a serem testadas por estudos estatísticos e que, 'após uma exploração qualitativa', é sempre necessária uma 'pesquisa quantitativa'. Todos os aspectos levantados sobre essa conjuntura que lhe foi totalmente adversa fizeram que a prática da abordagem qualitativa ficasse reduzida à noção de 'pesquisa exploratória'. Esse termo pejorativo, que se tornou uma espécie de 'maldição ontológica', criou no imaginário científico da época o significado de um trabalho acadêmico hierarquicamente inferior, com um desenho metodológico confuso e, portanto, anunciando seu autor como um investigador atrasado ou incompetente. O máximo que Lundberg (1942) ou Stouffer (1930, 1931, 1939, 1950), como dois líderes do pensamento metodológico da época,

concediam às abordagens qualitativas era o status de *insights* ou de um jornalismo obscuro e aborrecido.

Infelizmente dando-lhes razões para tal, fora honrosas exceções, a primeira fase histórica da pesquisa qualitativa, que vai da Primeira à Segunda Guerra Mundial, foi marcada pelo subdesenvolvimento da sua metodologia e das técnicas operacionais. Os esforços de tratamento compreensivo estavam espalhados pelos trabalhos empíricos, que compensavam, pela sua riqueza, as fragilidades das argumentações sobre o método. Isso ocorria, na contramão do investimento em desenvolvimento e aprimoramento técnico nos quais se distinguiam os quantitativistas. A vedete do momento era o operacionalismo estatístico.

É bem verdade que, apesar do declínio evidente, os estudos qualitativos não desapareceram da prática acadêmica americana e internacional. Pirès (1982) lembra, por exemplo, uma reunião da American Sociological Society, em 1939, na qual se buscou apreciar a contribuição das duas abordagens, inclusive produzindo-se um discurso sobre as contribuições e os limites de ambas. Mas o enfrentamento pesou a favor dos quantitativistas com tanta força que os próprios adeptos das abordagens qualitativas, enfraquecidos, passaram a adotar atitudes defensivas ou ambíguas. Alguns se fecharam em oposição radical; outros passaram a aceitar, sem questionar, a qualificação de seus trabalhos como exploratórios; outros ainda, internalizando as críticas, começaram a fazer um enquadramento quantitativo de seus estudos. Isso os fazia reduzir os sentidos e significados dados pelos atores sociais a suas realidades vividas a uma simplificação abusiva em forma de dados quantitativos.

Essa foi uma época em que os arautos do quantitativismo, como norma para o reconhecimento do estatuto de ciência aos estudos sobre o social em geral, tiveram tanta força no discurso e nas ações, que conseguiram internalizar, na fala e na prática dos investigadores de viés qualitativo, a insegurança quanto a seu status 'acadêmico' e a aceitação, por eles próprios, do lugar subalterno a eles atribuído. Por isso, multiplicaram-se as propostas de tratamentos estatísticos do material qualitativo (procedimento que sempre ocorreu na história das ciências sociais, numa tentativa equivocada de legitimá-la como ciência), mas cujo crescimento e justificativa pragmática datam dessa época.

A década de 60 marca o início do retorno com a discussão do espaço específico, do sentido e da utilidade do método qualitativo na pesquisa social. Por ter sido e ainda se constituir no foco preferencial do positivismo sociológico, a história da decadência e do reflorescimento da abordagem qualitativa na América do Norte chama mais atenção do que nos outros centros de pensamento do mundo ocidental. Mas o *revival* se deu como um processo muito mais universal. Nos Estados Unidos, um desbloqueio começou com impulso da sociologia retomando a discussão teórica e prática das potencialidades da etnometodologia (Garkinkel, 1967) e do interacionismo simbólico na compreensão de micro-processos sociais (Blumer, 1969). Foram se construindo obras acadêmicas de grande fôlego, tratando questões metodológicas, como *The Discovery of Grounded Theory*, de Glaser & Strauss (1967); *The Research Act*, de Denzin (1970); vários estudos de Becker sobre trabalho de campo e inferência (1958; 1964); diversas reflexões metodológicas de Merton sobre grupos focais e teoria sociológica (1956, 1967); e apenas para citar um dos autores mais profícuos em temas qualitativos, todos os principais trabalhos de trabalhos de Goffman que vão de 1959 a 1967.

Esse renascer da pesquisa qualitativa atuou exatamente nos pontos fracos da primeira fase, ou seja, dando consistência a todas as etapas do processo de trabalho e justificando seu teor científico. Mas também os novos autores investiram em questões substantivas, chamando a atenção dos sociólogos positivistas para aspectos polêmicos e 'oficialistas' de sua prática acadêmica. Vários estudos trouxeram à baila a relação entre ciência e poder, desvendando assuntos submersos na homegeneização positivista, como a questão do controle dos cidadãos pelo Estado, o desvendamento da problemática racial no trato da criminologia, o estudo das instituições totais, dentre outros.

É preciso ter clareza, no entanto, que o cerne do debate entre correntes que fez abrir cisões na prepotência da sociologia quantitativista americana e de outras paragens, não foi metodológica. Pois, como sabemos, o método serve ao conteúdo. Foi o questionamento do sentido de sua própria práxis, que deslanchou uma discussão interna muito mais profícua e contundente. O expoente desse pensamento crítico nos Estados Unidos foi Wright Mills que, em 1956, lançou sua obra clássica *Imaginação Sociológica* (1971) na qual faz uma crítica radical

à sociologia de seu tempo. Segundo esse autor, o papel do cientista social deveria ser evidenciar, para seus contemporâneos, a significação da dinâmica da sociedade em que vive e o sentido de sua participação específica. A utilidade da ciência estaria dada pela sua capacidade de transformar os grandes problemas sociais que o povo vive, em questões públicas a favor de mudanças sociais, tornando os cidadãos capazes de saírem de seus limites individuais para se sentirem parte de uma história à qual sua biografia está estreitamente vinculada. Sua crítica se centrou, sobretudo, na falta de perspectiva epistemológica dos que se empenhavam escrupulosamente na construção de modelos matemáticos para seus dados e que se mostravam totalmente incapazes de fazer uma análise sociológica dos indicadores que geravam, deixando, aos demandantes das pesquisas, total liberdade para utilizálas de acordo com interpretações que passavam por seus interesses políticos ou econômicos. O escrúpulo profissional tão propalado pelos positivistas, que consistia em não interpretar fato ou processo algum que não pudesse ser comprovado com dados matemáticos (leiase, 'matemáticos' como sinônimo de 'científicos') na verdade se configurava, para Mills, como um serviço ao poder dos governos e das empresas, visando a legitimar suas decisões (Mills, 1971).

Da mesma forma que Wright Mills, em trabalho denominado *Sociológica* (1979), Adorno & Horkheimer, dois expoentes da chamada Sociologia Crítica na Alemanha, desenvolveram uma contundente análise sobre a proliferação, em proporção geométrica, dos estudos quantitativos nas ciências sociais em geral. Qualificando essa forma de trabalho como 'sociologia americana', os autores questionaram a 'reificação' ou a 'fetichização' do método em detrimento da teoria. No mesmo rumo de Mills, reafirmaram que a moda da sociologia, refém da quantificação e que media até o inquantificável, não a tornava nem uma ciência, nem mais científica. Pois, de acordo com seus pontos de vista, muitos investigadores não estavam preocupados em fazer perguntas fundamentais e relevantes para a sociedade, em seus objetos de estudo, e sim, viviam obcecados pelo rigor das técnicas usadas. Isso os levava freqüentemente, a efetuar grandes investimentos metodológicos, mas formulando questões medíocres. A pobreza das perguntas iniciais que os inquietavam, conduziam a resultados tecnicamente corretos, mas pífios. Em *Vers une Contre Culture*,

Roszak ironiza a práxis quantitativista, a que denomina 'tecnocrática', radicalizando sua postura:

> O grande segredo da tecnocracia reside na sua capacidade de nos convencer do silogismo seguinte; (1) que os bens vitais dos seres humanos, ao contrário do que dizem todos os grandes pensadores, são de caráter puramente técnico, ou seja, que as exigências de nossa espécie são suscetíveis de ser plenamente determinadas por uma análise formal, conduzida por especialistas qualificados; (2) que essas exigências podem ser traduzidas por eles em programas sociais e econômicos e serem assim resolvidas; (3) que se um problema não tem uma solução técnica, só pode ser um falso problema, uma ilusão, uma ficção nascida de qualquer tendência cultural regressiva. (Roszak,1970: 24)

Mas, de acordo com nossa compreensão, já expressa anteriormente, a história dos dois métodos aqui em questão, não pode ser vista apenas como um movimento interno de um mundo intelectual, como se esse universo girasse sobre si mesmo e tivesse suas próprias leis, desvinculadas dos movimentos da sociedade. A bem da verdade, ao contrário, a sociedade acadêmica e seu modo de produção configuram um campo de lutas e de interesses, na maioria das vezes, nada científicos – como bem mostram Bourdieu (1975), Latour (1979), Knorr-Cetina (1981) e Hochman (1998) – e é irrigado pelo sangue que corre nas veias do mundo de seu tempo.

A partir dos anos 60, a sociedade ocidental viveu um ponto de inflexão fundamental. Os movimentos sociais de oposição à crescente de intervenção do Estado, a partir da Segunda Guerra Mundial, em toda os recantos da vida social e privada, assim como ao excessivo poder das instituições sobre os indivíduos começaram a se expressar por toda parte. O clima de repúdio à Guerra Fria muito contribuiu para isso. Também os movimentos de contracultura e as revoltas estudantis no final dos anos 60, os movimentos feministas e ambientalistas podem ser considerados formas de resistência social desse momento histórico. Havia, na sociedade, no mundo político e no campo acadêmico, uma constatação de que as grandes teorias sociais ou haviam fracassado ou apenas explicavam em parte todo o dinamismo que a sociedade ocidental, no final do século XX, queria expressar.

A década de 70 foi particularmente próspera, sobretudo a partir da sua segunda metade. Tratava-se de um tempo novo marcado pela crise dos modelos 'totalitários' na ciência e na política. A revalorização da antropologia para o conhecimento não só das comunidades ditas 'primitivas', mas também das sociedades complexas em seu pluralismo e multiculturalidades, a força da sociedade civil advogando o papel positivo das diferenças, a relevância do conhecimento dos indivíduos e grupos até para impulsionar o mercado, a propaganda e o *marketing* contribuíram para a redescoberta do sentido dos estudos qualitativos. E assim, um movimento cultural, ao mesmo tempo interno ao campo acadêmico e externo a ele, furou o bloqueio da 'maldição ontológica' relativa à inferioridade científica da metodologia qualitativa. Abriu-se uma perspectiva em larga escala no pensamento ocidental, para a aproximação de uma multiplicidade de assuntos teóricos e de temas de interesse social e bem para o encontro entre abordagens metodológicas. A partir de então começaram a se multiplicar estudos qualitativos em todas as disciplinas do social, incluindo-se, dentre outras, a economia, a administração e a ciência política.

O movimento intelectual que eclodiu na década de 60 teve arautos de várias correntes e disciplinas, por exemplo, Bourdieu, com seus diversos trabalhos, dos quais citaremos pela importância em relação ao assunto aqui tratado, *Travail et Travailleur en Algérie* (1963); marxistas cognominados 'humanistas' como Sartre (1978) e Schaff (1967); culturalistas como Goldmann (1967); 'historiadores' como Thompson (1978, 1980); pensadores como Granger (1967); lingüistas como Bakhtin (1986); fenomenologistas como Schutz & Luckmann (1973) e Schutz (1971).

Schutz trouxe para a sociologia a aplicabilidade do pensamento de Husserl (1980), tornando-se um dos teóricos fundamentais no renascimento dos métodos qualitativos na própria Universidade de Colúmbia, então dominada pelo pensamento quantitativista. A revalorização do método, por sua vez, alavancou as discussões sobre conceitos de operacionalização da pesquisa, problemas de amostragem, de generalização de formas de análise, e outros, registrados no livro *O Desafio do Conhecimento* (Minayo, 1993). E como seria de se esperar, ao mesmo tempo em que reflorescia em todo o mundo ocidental o interesse pela pesquisa qualitativa, a sociologia quantitativista também

teve de realizar importantes movimentos internos e externos de crítica, e muitos autores, dos quais Cicourel (1969) é um exemplo, reassumiram o papel de repensar e produzir teorias substantivas e abrirse à diversificação de abordagens.

Do ponto de vista acadêmico e dentro dos objetivos deste artigo, é importante citar três críticas sintetizadoras.

A primeira está relacionada aos paradigmas sociológicos totalizantes, sobretudo do marxismo instrumental que passou a explicar a vida e os processos das sociedades industriais pelo determinismo histórico das leis gerais do modo de produção e das relações sociais nele fundadas. A crítica interna das reinterpretações de Marx feitas pelas correntes mecanicistas foi brilhantemente realizada por Sartre (1978), que, além de ser um dos maiores intelectuais do século XX, conheceu por dentro o partido comunista francês, do qual participou e depois renegou. Na mesma linha, Anderson, em seus estudos, sintetiza as raízes profundas da crise do pensamento marxista mecanicista e estruturalista.

A segunda corrente de pensamento, sob o fogo cruzado da revisão teórica foi o próprio positivismo, também totalizante, em busca de leis gerais e cuja externalidade explicativa e homegeneizadora dos fenômenos sociais, ora os toma como fragmentos da realidade para intervenção, ora oferece dados reducionistas sobre problemas complexos, como se esses dados fossem a síntese da realidade. Usando uma metáfora médica, os positivistas fizeram o abandono da anamnese e da clínica em favor dos exames laboratoriais e das informações dadas por equipamentos, como se esse conjunto de indicadores constituísse o próprio doente.

O terceiro aspecto guarda relação com o crescimento do pensamento social pluralista que brotou em fortes movimentos sociais, étnicos, de gênero, sobretudo do feminismo, do ambientalismo e das lutas dos grupos socialmente discriminados, ao lado do que havia de mais tradicional na era industrial, o sindicalismo operário. Os paradigmas totalizantes não davam conta, pelo contrário, subjugavam em suas análises e nas práticas delas derivadas, as diferenciações e as expressões de subjetidades e sociabilidades pessoais, sociais e coletivas que vieram dar uma nova cara ao final do século XX. Em momento nenhum da história houve tantas manifestações da sociedade civil como

as que desde então se expressaram, atravessando as fronteiras deste novo século. Cada uma dessas novas identidades não se vê retratada em indicadores quantitativos aglomerados, nem no recorte de classe apenas. Esse conjunto complexo de novas subjetividades e sociabilidades pedem espaço para outras maneiras de se manifestar que as ciências sociais quantitativistas ou macroanalíticas relegaram, seja por causa de ideologias, seja pela fetichização do método.

As Relações entre Métodos Quantitativos e Qualitativos na Saúde

O rumo da reflexão até agora elaborado nos restringiu ao próprio campo das ciências sociais, principalmente da sociologia. Enquanto a sociologia quantitativista se desenvolvia nos Estados Unidos, um outro grupo, o da própria antropologia, (cujo método específico não se reduz à análise de dados qualitativos, mas é ampliado pela observação e análise de todo o contexto socioeconômico e cultural dos grupos que estuda) fazia seu percurso próprio. Dentro dela, um ramo específico, o da antropologia médica, tem uma história de bastante sucesso e pujança, reconhecendo-se sua maior formalização a partir dos anos 50. Um dos grandes expoentes da disciplina, mundialmente reconhecido é Kleinman (1978, 1980) cujas obras se tornaram obrigatórias no campo de discussão e conhecimento da intercessão entre medicina e antropologia.

Nunes (1999) sabiamente adverte que, antes dessa época, houve vários trabalhos que deveriam ser recuperados numa reconstrução arqueológica do saber. Canesqui (1997) lembra que, nas décadas de 40 e 50, nos Estados Unidos, a antropologia foi incorporada nos programas internacionais de cooperação para a saúde pública nos países subdesenvolvidos, numa tarefa bastante instrumental de expansão da biomedicina. Os antropólogos americanos criaram uma tradição de trabalho junto com os médicos, estabelecendo relações de interdisciplinaridade, segundo alguns, ou de dependência disciplinar, segundo seus críticos, não só nas missões que empreendiam à África, à América Latina ou à Ásia, mas também quando procuravam entender sua própria sociedade.

Suas contribuições foram desenvolvidas visando à compreensão de sistemas específicos de saúde, relações médico-pacientes, universos simbólicos que cercam os fenômenos da vida, da morte e do adoecer, num sentido muito dirigido e articulado com a clínica, a epidemiologia e o planejamento do setor, conforme revelam os trabalhos de Raymon Firth (1978). Independente das tradições que seguissem, a antropologia médica dos anos 50 se desenvolveu sob a égide de uma categoria cujo nome dispensa comentários, 'ciências da conduta', elaboradas dentro das correntes funcionalistas de pensamento, sobretudo dos 'estudos de comunidade'.

A antropologia britânica teve outra forma de inserção no campo da saúde. Os ingleses voltaram-se para estudar as especificidades culturais dos povos sob seu controle colonial, elaborando interpretações holísticas, quase sempre dentro de uma abordagem estrutural-funcionalista e dedicada a compreender os universos cosmológicos dos grupos específicos. Os temas saúde/doença, tabus, práticas alimentares e cosmologias aparecem então vinculados à religião e à magia. Seus estudos não oferecem uma intenção intervencionista implícita da mesma forma que ocorreu com a contribuição americana. Isso se pode ver em Evans-Pritchard (1978), Victor Turner, (1969) e na revisão de Fortes (1976).

A antropologia francesa faz um contraponto interessante com a americana. Em primeiro lugar, ela não se vincula à medicina e a seu modelo. E do ponto de vista teórico-conceitual, a contribuição de pensadores como Lévy-Strauss, tanto na postura de relativização das culturas (1970), quanto no desvendamento do pensamento lógico dos povos indígenas (1976), permitiu aos intelectuais se contraporem à desqualificação dos sistemas médicos tradicionais. Em segundo lugar, a antropologia francesa problematizou o sentido do conceito de antropologia médica, mostrando sua concepção reduzida e sua submissão disciplinar e instrumental (Herzlich, 1983). E vem dessa tradição a denominação 'antropologia da saúde e da doença', cuja idéia é ter uma amplitude muito mais abrangente de temas e reflexões, em contraposição à 'antropologia médica', que parece submeter a disciplina ao amplo e hegemônico campo que lhe é colocado no nome como um adjetivo.

O caso brasileiro tem suas especificidades. A área da sociologia teve sua influência fundamental, quando criada a Universidade de São

Paulo, dos grandes pensadores franceses. Aí se iniciou tanto uma reflexão teórica, primeiro dependente do pensamento europeu, para em seguida distinguir-se como uma rica produção própria, considerável e abrangente. Os outros centros de pensamento sociológico não se colocaram, como um problema, a questão da oposição metodológica entre quantitativo e qualitativo. Mas as análises sociais ou seguiram a visão quantitativista nos casos de estudos empíricos, ou deram ênfase a produções sobre problemas macrossociais. No desenvolvimento da antropologia social e cultural brasileira, a matriz de pensamento também foi a França, e é quase residual, nos centros mais avançados de pesquisa, a idéia de se 'quantificarem' os dados culturais. O uso de instrumentos como questionários e análises estatísticas para medir a magnitude de fenômenos e construir indicadores foi sempre aceito sem maiores polêmicas em relação à sua legitimidade, uma vez que estivessem vinculados ao contexto dos estudos substantivos que deles necessitaram.

O segmento de antropologia da saúde, apenas nos últimos anos começou a despertar interesse, ainda marginal, ou dizendo melhor, de muito poucos antropólogos. Isso não diminui a importância dos estudos por eles desenvolvidos, pois representam relevantes colaborações teóricas e etnográficas, como é o caso dos trabalhos de alguns autores de cuja vasta obra citarei apenas algumas: L. Fernando Duarte (1986), do Museu Nacional da UFRJ; Ondina F. Leal e de seu grupo na Universidade do Rio Grande do Sul (1995); Miriam C. Rabelo & Paulo Cesar Alves (1999), da Universidade da Bahia; José Carlos Rodrigues (1999), na Universidade Federal Fluminense. E no próprio campo da saúde coletiva, Loyola (1884), Minayo (1993), Coimbra & Ventura (1994) e Carrara (1996). Essa quase ausência temática do tema saúde na antropologia social brasileira, que Minayo (1999) analisou com mais detalhes no artigo "Construção da identidade da antropologia na área da saúde: o caso brasileiro", talvez reflita em parte a influência do pensamento francês na sua constituição.

Os sociólogos brasileiros que passaram a trabalhar no campo da saúde tenderam a seguir, em geral, a tradição sociológica nacional, distinguindo-se pela realização de análises macrossociais, ou de estudos a partir de dados secundários e documentais, ou apresentando reflexões epistemológicas e sociológicas sobre o campo e suas práticas, com grande ênfase de abordagens das políticas sociais. Os movimentos

sociais têm recebido menos consideração. São raros, verdadeiras exceções, os sociólogos da área que vão a campo, realizam trabalhos empíricos, e menos ainda os que fazem uso do método qualitativo.

No caso da saúde, o nicho da abordagem quantitativa tem sido a epidemiologia. E muito freqüentemente, diríamos até, com poucas exceções muito honrosas, refletindo fortemente alguns dos muitos problemas das ciências positivistas, denominadas por Adorno & Horkheimer 'americanas': empirismo, quantitativismo como sinônimo de ciência, tecnicismo e fetichismo do método. Somando-se a isso, há uma tendência freqüente que se pode observar ao analisar a maioria dos artigos produzidos a partir dessa disciplina, de tratar os conceitos e as categorias sociais com os quais a epidemiologia necessariamente tem de lidar, pois estuda populações como 'dados', o que significa, com os elementos do senso comum.

Trabalha-se o mais das vezes, desconhecendo-se as ciências sociais como um campo de saber com vasta tradição acadêmica, e cujas proposições e conceitos são construídos histórica e teoricamente. Esses problemas, que não foram resolvidos também na ciência americana que continua com forte e assumido viés positivista (apenas passou-se a aceitar uma pluralidade de abordagens), podem ser observados em grande parte dos estudos publicados em periódicos de nossa área. Entretanto, a tentativa diferenciadora da epidemiologia crítica está ainda por ser realizada, tendo em vista que esse termo 'crítica', em sua matriz, significou submissão a uma linha marxista de pensamento quase sempre de viés mecanicista ou estrutural, ao qual se agrega a análise dos dados quantitativos. Desta forma, de modo geral, o lugar do 'sujeito' na epidemiologia e nas práticas de planejamento em saúde pública é quase 'um lugar vazio', que preocupa a alguns poucos autores, entre os quais, merecidamente devem ser mencionados, Naomar de Almeida Filho e David Castiel, no conjunto de sua obra.

O Possível Encontro entre Qualitativo e Qualitativo na Área da Saúde

É inegável que existe uma necessidade visceral de que saúde/doença, vida/morte, quando tratados do ponto de vista de sua

compreensão cultural, sejam abordados tanto pela epidemiologia como pelas ciências sociais em sua vertente qualitativa. Porque, no fundo o que está em jogo é a pergunta de como conseguir implementar uma atenção à saúde de grupos sociais específicos. No caso brasileiro, a diversidade, o pluralismo, as características de classe, os regionalismos, o multiculturalismo, as grandes desigualdades de uma sociedade assediada ao mesmo tempo por informações contraditórias e massificantes da mídia não são apenas assuntos teóricos para diletantismo acadêmico. São problemas desafiantes para a saúde coletiva. Ou seja, existem perguntas teóricas e existem perguntas da prática de um sistema de saúde que quer acertar. Mas que, freqüentemente, encontra seus limites, não exatamente nos conhecimentos médicos sobre as doenças, mas na cultura e nas condições socioeconômicas que constituem o contexto de emergência de epidemias, permanência de endemias, aparecimento de enfermidades próprias da modernidade e da pós-modernidade. Como muito bem já chamava atenção Boltanski, anos atrás (1979: 119):

> Os determinismos sociais não informam jamais o corpo de maneira imediata, através de uma ação que se exerceria diretamente sobre a ordem biológica sem a mediação do cultural que os retraduz e os transforma em regras, em obrigações, em proibições, em repulsas ou desejos, em gostos e aversões.

A dificuldade desse encontro de complementaridade entre a epidemiologia – que tende a trabalhar, dentro de seu discurso e de seus conceitos fundamentais, com a construção de dados e indicadores quantitativos – e a antropologia e a sociologia – que pesquisam a partir do mundo cultural dos grupos sociais – na verdade não é, em primeiro lugar, epistemológica nem filosófica. O objeto, no caso da saúde é sempre o sujeito (seja como paciente seja como terapeuta), pois não se estuda nenhuma enfermidade em si mesma, mas nas pessoas que têm, tratam, sofrem, dignosticam, interpretam, negam ou aceitam a situação que vivenciam em interação e interculturalmente. Não se pode pensar prevenção nem promoção da saúde sem levar em conta a participação dos indivíduos em sua dialética com a coletividade. A filosofia e a epistemologia, como Minayo & Cruz Neto (1999) citaram em trabalho anterior, ajudam e justificam a aproximação da abordagem.

Por exemplo, Kant, em seu texto sobre *Matemática Transcendental* (1980), dá várias contribuições a essa busca de interação, entendendo-a como o caminho ideal para a compreensão dos fatos e processos. Ele vai mostrar que para o 'sistema de entendimento', a experiência repousa na unidade sintética dos fenômenos que se evidenciam em forma de objeto, ou seja, numa síntese de conceitos, sem a qual, nem a experiência chegaria a ser conhecimento. Logo, à experiência subjazem princípios, ou seja, regras universais da 'unidade na síntese' dos fenômenos. O autor explica que a compreensão da realidade se fundamenta em quatro princípios: os axiomas da intuição, as antecipações da percepção, as analogias com as experiências anteriores e os postulados do pensamento empírico em geral.

O primeiro princípio, que diz respeito aos axiomas da intuição, se fundamenta no fato de que os fenômenos se apresentam sob a forma de quantidades extensivas no tempo e no espaço. Além disso, essas quantidades só podem ser apreendidas pela composição de homogêneos múltiplos e pela consciência da unidade sintética desses múltiplos. Os fenômenos, diz Kant, são todos quantidades, mas quantidades extensivas, que, apesar de possíveis diferenças, podem ser percebidas como da mesma classe ou do mesmo gênero e assim enumeradas pelas suas semelhanças. A sua representação sucessiva e homogênea como partes torna possível a representação do todo.

O segundo princípio, o da antecipação das percepções, se relaciona com a existência de uma quantidade intensiva, que se expressa em termos de grau na percepção dos fenômenos que podem ser antecipados por analogia, empiricamente, por causa das experiências anteriores. Para Kant, essa percepção é a consciência empírica simultânea da intuição e da sensação. Isto é, os fenômenos de qualquer natureza não são apenas externalidades, mas passam por uma representação subjetiva. Contêm o 'real' da sensação. Ou seja, o sujeito que vivencia uma realidade se vê afetado por ela, experimenta existencialmente o fenômeno que vive, como uma unidade do sistema de seu entendimento. Essa unidade, a que o autor denomina 'qualidade das sensações', trata da sua intensidade, cuja medida maior é 'um' grau, tornando-o único na forma como se apresenta empiricamente. Entre ele e a sua negação, ocorre uma seqüência infinita de graus sempre menores, incomensuráveis. Kant (1980: 123) diz sobre a relação entre os dois

princípios citados, o da extensividade (quantidade) e da intensividade (qualidade), "eu os chamei de princípios matemáticos, sendo ambos constitutivos dos fenômenos".

Poderíamos nos estender aqui, na citação de argumentos de muitos autores, como Samaja, Jick e Denzin, que têm refletido sobre a necessidade da complementaridade entre abordagens quantitativas e qualitativas. Pela restrição de espaço, queremos apenas assinalar alguns pontos que consideramos básicos.

Em primeiro lugar, nossa preferência, para tratar do tema, falando em 'triangulação de métodos' e não em interdisciplinaridade. Essa preferência diz respeito ao fato de que, no caso, estamos falando da contribuição e do uso específico de vários instrumentos, para melhor aproximação, compreensão e explicação dos processos e fenômenos sociais, no sentido tratado por Denzin (1970), Jick (1979), Samaja (1992) e Minayo (1993). Esses autores julgam que nenhum método pode se arrogar a pretensão de responder sozinho às questões que a realidade social coloca. Por isso, exercitando-se um esforço de integração metodológica se pode iluminar a realidade a partir de vários ângulos, o que permite confluências, discordâncias, perguntas, dúvidas, falseamentos, numa discussão interativa e intersubjetiva na construção e análise dos dados. Por isso mesmo, reservamos a noção de 'interdisciplinaridade' para tratar a relação entre duas ou mais disciplinas, o que obviamente inclui questões metodológicas. Porém, muitos problemas de triangulação metodológica podem se dar no âmbito de uma mesma disciplina, como pudemos considerar neste texto.

O segundo ponto, e o mais essencial de todos, é o que nos fará retomar os fios da crítica sobre a possibilidade de investigar os mesmos problemas sociais, com os mesmos conteúdos, indiferentemente por métodos qualitativos ou quantitativos como queria Stouffer (1930). Ora, segundo nosso ponto de vista, estamos diante de dois tipos de abordagem de natureza diferente e que se propõem a obter conhecimentos diferentes e complementares. Apoiados em Kant (1980), dizemos que os métodos quantitativos, quando trabalham com dados estatísticos ou com modelos matemáticos, estão na linha de desvendamento da extensividade e magnitude dos problemas. Por isso, prestam-se a estudar grupos populacionais demograficamente mais abrangentes e, a partir daí, criar indicadores que sirvam como

orientadores para a atuação em um nível de probabiblidade, por exemplo, utilizando o conceito de risco.

A abordagem qualitativa, ao contrário, refere-se à intensividade dos fenômenos. Ela não se presta à realização de censos, a estudos epidemiológicos de grandes grupos, a pesquisas que queiram medir quantidade. Ela é própria para aprofundar a compreensão de grupos, de segmentos e de microrrealidades, visando ao desvendamento de sua lógica interna e específica, de sua cosmologia, de sua visão de determinados problemas, que se expressam em opiniões, crenças, valores, relações, atitudes e práticas.

Esse duplo quantitativo-qualitativo que não se iguala, que não deve ser usado indistintamente, mas de forma adequada, pode se tornar 'uno' na explicação e compreensão de temas que ao mesmo tempo devem ser analisados em sua magnitude e em sua significância.

(In)conclusões

Como chamaram atenção Minayo & Cruz Neto (1999), a busca de triangulação de métodos deve ser sempre um diálogo e uma discussão crítica de um grupo que coletiviza, cruza e interage com informações e conhecimentos em seu labor intelectual. O resultado é um trabalho em que os problemas levantados são vistos com lentes ampliadas e imersão na cultura do 'outro', seja esse outro o colega profissional de disciplinas diferentes ou o grupo populacional com o qual se trabalha. Porém, esse projeto interativo não pode ser apenas um arroubo de vontades individuais. Uma proposta de triangulação, assim como de interdisciplinaridade envolve questões de saber e de poder dos departamentos divididos por disciplinas.

Esse obstáculo, que não é banal, pela experiência institucional fragmentada e departamentalizada comum a quase todos nós, para ser vencido, demanda uma meta programática de linhas de pesquisa que atuem a partir de temas que exigem essa interação, da iniciativa de discussões teóricas sobre conceitos e categorias que podem ou não se afinar em todo o processo de trabalho e de realização de revisões periódicas de erros ou em busca de aperfeiçoamento. Mas também, e não menos importante, é necessário dar valor ao sentido de compartilhamento, compreendendo-o como um gerador de riqueza

humana e intelectual trazida pela comunicação (científica) com outras pessoas e de outras áreas.

Talvez possa parecer banal, mas fazemos questão de ressaltar que, nas trilhas dessa senda, um aviso é fundamental aos caminhantes: antes que seja possível reunir disciplinas e integrar métodos, é fundamental fazer o encontro de pessoas: sem conversa, sem diálogo, sem inter-relação dos pesquisadores, não se constrói a complementaridade de saberes e de métodos por meio de grupos. Imaginar o contrário seria cair naquele erro para o qual Marx, no *Fetichismo da Mercadoria* (1978), chamava atenção dos economistas de sua época: não há relação entre mercadorias e coisas, as relações são entre pessoas, por isso, são sociais.

Referências Bibliográficas

ANDERSON, P. A *Crise da Crise do Marxismo*. São Paulo: Brasiliense, 1977.

ADORNO, T. W. & HORKHEIMER, M. *Sociológica*. Madri: Editora Taurus, 1979.

BAKHTIN, M. *Marxismo e Filosofia da Linguagem*. São Paulo: Hucitec, 1986.

BECKER, H. S. Field methods and thechniques: a note on interviewing tatics. *Human Organization*, 12 (winter): 31-32, 1954.

BECKER, H. S. Problems of inference and proof in participant observation. *American Sociological Review*, 23: 652-659, dez. 1958.

BECKER, H. S. Problems in the publication of the field studies. In: BENSMAN, A. J. & R.STEINN, M. R. (Eds.) *Reflexions on the Community Studies*. Nova Iorque: John Wiley Ed., 1964.

BLUMER, H. Attitudes and social acts. *Social Problems*, 3 (summer): 59-65, 1955.

BLUMER, H. *Symbolic Interactionism*. New Jersey: Prentice Hall, 1969.

BOLTANSKI, L. As *Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1979.

BOURDIEU, P. *Travail et Travailleur en Algérie*. Paris: Éditions Mouton, 1963.

BOURDIEU, P. The speciticify of the scientific field and the social conditions of the progress of reason. *Social Science Information*, 14(6): 304-317, 1975.

CANESQUI, A.M. Os novos rumos das ciências sociais e saúde. In: CANESQUI, A. M. (Org.) *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.

CARRARA, S. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1966.

CAVAN, R. *Suicide.* Chicago: University of Chicago Press, 1928.

CICOUREL, A. *Method and Measurement in Sociology*. 4.ed. Nova Iorque: The Free Press, 1969.

COIMBRA, C. E. & VENTURA, R. S. *Contato, mudanças socioeconômicas e bioantropologia dos Tupi-Mondé da Amazônia brasileira*. In: SANTOS, R. V. & COIMBRA JR, C. E. (Orgs). *Saúde & Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

COOLEY, C. H. Case study of small institutions as a method of research. *Publications of the American Sociological Society*, 22: 123-132, 1928.

DENZIN, N. K. *The Research Act.* Chicago: Aldine Publisheing, 1970.

DILTEY, W. *Introducción a las Ciencias del Espíritu.* Madri: Ed. Revista del Ocidente, 1956.

DUARTE, L. F. *Da Vida Nervosa na Classe Trabalhadora.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

DURKHEIM, E. *Durkheim*. (As regras do método sociológico). São Paulo: Editora Abril, 1978. (Coleção Os Pensadores).

EVANS PRITCHARD, E. E. *Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

FIRTH, R. 1978. Social anthropology and medicine: a personal perspective. *Social Science and Medicine*, 12 (b): 237-245, 1978.

FORTES, M. Foreword. In: WIDDING, A. J. (Ed.) *Social Anthropology and Medicine.* Londres: London Academic Press, 1976.

FOUCAULT, M. *L'Archéologie du Savoir.* Paris: Gallimard, 1969.

GARFINKEL, H. *Studies in Ethnomethodlogy.* Nova Iorque: Prentice Hall, 1967.

GLASER B.G. & STRAUSS, A. *The Discovery of Grounded Theory.* Chicago: Aldine Publishing, 1967.

GOFFMAN, E. *The Presentation of Self in Everyday Life.* Nova Iorque: Doubleday Ed. 1959.

GOFFMAN, E. *Asylums*. Nova Iorque: Doubleday Ed., 1961.

GOFFMAN, E. *Stigma*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1963.

GOFFMAN, E. *Interaction Ritual*. Chicago: Aldine Publishing, 1967.

GOLDMANN, L. *Dialética da Cultura*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

GRANGER, G. *Pensée Formalle et Sciences de l'Homme*. Paris: Aubier Montaigne Éd., 1967.

HERZLICH, C. *Santé et Maladie: histoire d'une representation sociale*.2.ed. Paris: La Haye Mouton, 1983.

HOCHMAN, G. A ciência entre a comunidade e o mercado. In: PORTOCARRERO, V. (Org.) *Filosofia, História e Sociologia das Ciências*. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

HUSSERL, E. *Husserl*. (Elementos de uma elucidação fenomenológica do conhecimento). São Paulo: Editora Abril. 1980. (Coleção Os Pensadores).

KANT, I. *Kant* (Crítica à razão pura: matemática transcendental). São Paulo: Ed. Abril, 1980. (Coleção Os Pensadores).

KLEINMAN, A. Concepts and models for the comparison of medical systems and cultural systems. *Social Sciences and Medicine*,12 (b): 85-93, 1978.

KLEINMAN, A. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berckeley: Univesity of California Press, 1980.

KNORR-CETINA, K. *The Manufature Knowledge: an essay on the constructivist and contextual nature of sciences*. Oxford: Pegamum, 1981.

KUHN, T. S. *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press, 1962.

JICK, F. D. Mixing quantitative and qualitative methods: triangulacion and action. *Administration*, 14 (12): 18-27, 1979.

LATOUR, B. *Laboratory Life*. Beverly Hills: Sage Editions, 1979.

LEAL, O. F. (Org.) *O Corpo Sígnico*. Porto Alegre: Editora Universitária, 1995.

LÉVY STRAUSS, C. *Antropologia Estrutural*. v.1. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1970.

LÉVY STRAUSS, C. *O Pensamento Selvagem*. São Paulo: Companhia das Letras, 1976.

LOYOLA, M. A. *Médicos e Curandeiros*. São Paulo: Difel, 1984.

LUNDBERG, G. A. *Social Research*. Nova Iorque: Longmans & Green, 1942.

MARX, K. *O Capital*: *livro I*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

MEAD, G. H. Scientific method and individual thinker. In: DEWEY, J. (Ed.) *Creative Intelligence: essays in the pragmatic attitude*. Nova Iorque: Holt, Rinehart & Winston, 1917.

MERTON, R. K. The focused interview. *American Journal of Sociology*, LXI (6): 541-543, 1956.

MERTON, R. H. *On Theoretical Sociology*. Nova Iorque: The Free Press, 1967.

MILLS, W. A *Imaginação Sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1993.

MINAYO, M. C. S. Constituição da identidade da antropologia na área de saúde. In: ALVES, P. C & RABELO, M. C. M. (Orgs.) *Antropologia da Saúde: definindo identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/Relume Dumará, 1999.

MINAYO, M. C. S. & CRUZ NETO, O. Triangulación de métodos en la evaluación de programas y servicios de salud. In: BRONFMAN, M. & CASTRO, R. (Orgs.) *Salud, Cambio y Política: perspectivas desde América Latina*. México: Edamex Ed., 1999.

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3): 239-262, 1993.

NUNES, E. D. *Sobre a Sociologia da Saúde*. São Paulo : Hucitec, 1999.

PARK, R. E. & BURGESS, E. W. *Introduction to the Science of Sociology*. Chicago: University Press, 1921.

PIRÈS, A. P. La méthode qualitative en Amérique du Nord: un débat manqué (1918-1960). *Sociologie et Société*, XIV (1), abr. 1982.

RABELO, M. C. M; ALVES, P. C. & SOUZA, I. M. *Experiência de Doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

RODRIGUES, J. C. *O Corpo na História*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

ROSZAK, T. *Vers une contre culture*. Paris: Stock Éditions, 1970.

SAMAJA, J. La combinación de métodos: pasos para una comprensión dialéctica del trabajo interdisciplinario. *Educación Médica en Salud*, 26 (1):4-34, 1992.

SARTRE, J. P. *Sartre*. (Questão de método). São Paulo: Editora Abril, 1978. (Coleção Os Pensadores).

SCHAFF, A. O *Marxismo e o Indivíduo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1967.

SCHUTZ, A. *Concepts and Theory Formation in the Social Sciences. Sociological Perspectives.* Nova Iorque: Martinus Nijhoff, 1982.

SCHUTZ, A. & LUCKMANN. *The Structure of Life-World.* Evanston: North Western University Press, 1973.

STOUFFER, S. *An experimental comparison of statistical and case history methods of attitude research*, 1930. Tese de doutorado, Chicago: Department of Sociology, University of Chicago.

STOUFEER, S. Experimental comparison of a statistical and a case history technique research. *Publications of the American Sociological Society*, 25: 123-132, 1931.

STOUFFER, S. Analyzing sociological data classified in non-quantitative groups. *American Journal of Sociology*, 39 (2): 180-193, 1939.

STOUFFER, S. Some observations on study design. *American Journal of Sociology*, 55(4): 356-367, 1950.

THOMAS, W. I. The definition of the situation. In: COSER, L. A. & ROSENBERG, B. (Eds.) *Sociological Theory: a book of medical readings*. 3.ed. Londres: The Macmillan Company, 1970.

THOMAS, W. I. & ZNANIECKI. *The Polish Peasant in Europe and America*. Nova Iorque: Dover Publications, 1958.

THOMPSON, P. *The Voice of the Past: oral history*. Oxford: Oxford University Press, 1978.

THOMPSON, P. De récit de vie à l'analyse du changement social. *Cahiers Internacionaux de Sociologie*, 69: 249-268, 1980.

TURNER, V. *The Ritual Process.* Chicago: Aldine Editions, 1969.

WEBER, M. *The Methodology of the Social Sciences.* Nova Iorque: Glencoe, 1949.

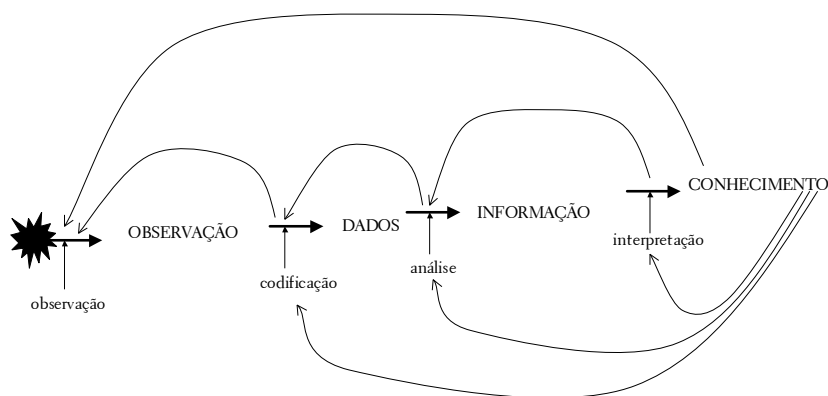
9 Integração Metodológica na Pesquisa em Saúde: nota crítica sobre a dicotomia quantitativo-qualitativo

Naomar de Almeida Filho

Proponho trabalhar uma distinção essencial entre logística e heurística da pesquisa, com a finalidade de criticar uma oposição que considero falsa ou equivocada – a popular dicotomia entre qualitativo e quantitativo. Para entender a distinção entre logística e heurística, que considero chave para a compreensão do tema integração metodológica, irei rever brevemente a noção de cadeia do conhecimento, originária de uma versão da epistemologia contemporânea que se pode chamar de realismo dialético (Bhaskar, 1986; Sousa Santos, 1989; Samaja, 1994).

Para não desperdiçar energia e esforços em responder de modo inadequado, ou pelo menos de modo menos eficiente, a questões que são socialmente postas, defendo uma posição eminentemente pragmática frente ao processo de investigação. Assumo que as questões de pesquisa são provocadas por necessidades que se expressam sob a forma de demandas e problemas.

Consideremos o processo de produção científico-tecnológico como uma cadeia produtiva, composta por etapas de transformação do objeto científico e seus respectivos produtos intermediários. O produto desse processo produtivo peculiar é uma modalidade de saber sistemático e integrador chamada 'conhecimento científico', composta de elementos teóricos e componentes empíricos. O processo de produção do conhecimento humano, dentro do padrão sistemático de aplicação racional considerado como científico (ou 'baseado em evidências', para usar uma expressão da moda), tem várias fases, articuladas na noção de 'cadeia do conhecimento'.

Figura 1 – Cadeia produtiva do conhecimento

Este processo produtivo peculiar se inicia pela observação. Tomadas como 'matéria-prima', as 'observações' são transformadas em 'dados' que, processados para produzir 'informação', no final do processo produtivo, emergem como 'conhecimento' científico e tecnológico.

Na linguagem corrente da metodologia científica, o termo 'observação' designa o processo de identificação, seleção, coleção e registro sistemáticos de signos referentes a propriedades ou atributos relevantes de objetos naturais, culturais ou sociais. Uma célula, um corpo humano, uma doença, uma população, uma sociedade, uma situação de saúde, são exemplos de objetos; permeabilidade de membrana, massa corporal, patogenicidade, fertilidade, desigualdade, iniquidade são exemplos de propriedades desses objetos. Por metonímia, o produto desse primeiro elo na cadeia produtiva do conhecimento é também chamado de 'observação'.

Uma observação pode ser produzida diretamente por meio do nosso aparato sensorial (principalmente mediante o sentido da visão) ou indiretamente via algum tipo de instrumento, dispositivo ou aparelho destinado a ampliar ou substituir a percepção humana. A observação produzida pode ser gravada mecanica ou eletronicamente, ou representada em qualquer das línguas naturais como uma descrição escrita, ou ainda registrada usando-se alguma notação matemática. Atributos dimensionais normalmente são mensuráveis e atributos discretos são computáveis, enquanto situações, traços, processos, opiniões, narrativas

e eventos, ou observações de natureza similar, não são mensuráveis nem computáveis, mas sim descritíveis. No primeiro caso, a observação assume a forma de medida, ao passo que, no segundo, esta se expressa como descrição ou registro.

As observações são feitas por referência a casos ou situações singulares, e não se comprometem com outras esferas de generalização. Para que uma generalização (ou inferência) ocorra, é necessário que uma observação seja submetida a um processo complexo de transformação em outras categorias cognitivas hierarquicamente superiores.

A primeira transformação da cadeia produtiva do conhecimento científico e tecnológico opera da observação para o dado. Um 'dado' é um signo. Mais especificamente, trata-se de um signo construído a partir de um atributo observado em um objeto qualquer, que recebe um significado. Portanto, os dados podem ser definidos como observações com significado. Os dados podem ser classificados, de acordo com o seu nível de 'estruturação', como estruturados, semi-estruturados e não-estruturados.

Dados estruturados são aqueles para os quais um sistema de codificação fixa já se encontra predeterminado. Dados semi-estruturados não seguem um padrão de código prévio, porém, da própria produção de observações, deverá resultar um sistema de codificação. Dados estruturados e semi-estruturados, *grosso modo*, correspondem a abordagens de pesquisa quantitativa ou numérica. Nesse caso, os dados constituem produto do trabalho de traduzir observações para a linguagem codificada de uma dada pesquisa. Dados não-estruturados são o produto de estratégias de pesquisa que não se baseiam em qualquer tipo de codificação.

Em termos estritos da sistematização científica, os dados são expressos como indicadores no sentido de que indicam parâmetros ou propriedades. Um parâmetro compreende um valor ideal de uma dada dimensão (ou propriedade quantificável) do objeto concreto sob investigação. No processo de transformação da medida em indicador, estimativas e parâmetros merecem atenção especial porque funcionam como produtos de etapas intermediárias. A partir de um conjunto de medidas, produzem-se estimativas expandindo-se o âmbito de generalização por meio de técnicas de extrapolação que se justificam, na maior parte das vezes, por regras inferenciais. Quando se faz uso de

amostragem probabilística, a validade da conexão entre uma estimativa e um parâmetro é justificada estatisticamente. A validade de um indicador em relação a um parâmetro somente pode ser estabelecida no contexto de uma teoria científica.

Entretanto, os dados não fazem sentido sozinhos. Para que tenham algum valor científico e possibilitem apoiar processos de tomada de decisão sobre a validade de alguma proposição sobre o mundo (em nosso caso, sobre a saúde), os dados precisam ser transformados em 'informação'.

A passagem do dado para informação é determinada por processos de transformação analítica. Informação se produz a partir de dados analisados de modo adequado, no sentido de que devem ser processados com o objetivo de resolver um problema, responder uma questão ou testar uma hipótese. Nesse sentido, análise implica um processo de organização, indexação, classificação, condensação e interpretação de dados, com o objetivo de identificar comunalidades de dimensões, atributos, predicados e propriedades entre casos individuais.

Dessa maneira, busca-se em cada caso os elementos indicativos de universalidade, por isso o potencial de generalização torna-se aí o foco do processo de produção de conhecimento. Nesse nível, distinções, singularidades e idiossincrasias dos casos individuais não são importantes. O atributo ou propriedade individual (por exemplo, o peso de um feto em particular, ou a estatura de uma certa criança desnutrida, ou a contagem de células de uma dada amostra de sangue), essencial para se estabelecer a validade operacional concreta dos dados, deixa de ser relevante depois da transformação do dado em informação, sendo substituída pela categoria 'variável' como 'definidor-chave' no âmbito metodológico. Informação, portanto, refere-se sempre a variáveis, resultantes do processamento de dados produzidos com as observações dos atributos ou propriedades de um dado objeto, que variam para cada caso.

A informação tem valor limitado além do escopo de um certo problema prático ou tecnológico. A fim de transcender a mera generalização e assim alcançar um grau útil de universalidade, a informação deve ascender ao nível do 'conhecimento'. A informação torna-se conhecimento científico e tecnológico somente após articulada em algum marco de referência conceitual hierarquizado. Isso implica que

informações científicas devem necessariamente ser elaboradas para subsidiar a construção de um objeto conceitual ou de um objeto de intervenção, ou seja, para formular uma teoria científica ou enquadrar um modelo de aplicação tecnológica. Dessa forma, não é válido falar de 'informação científica' no mesmo sentido em que se diz 'conhecimento científico e tecnológico'. Em suma, a tecnologia resulta do conhecimento (mas não apenas deste) e não diretamente da informação científica (às vezes chamada de 'evidência').

A transformação de informação em conhecimento científico e tecnológico é regulada por processos sintéticos. Nesse sentido, a síntese constitui um procedimento especial de interpretação de informações, destinado a colocar a informação em um nível supracontextual. Conhecimento, portanto, implica informação posta fora do seu próprio contexto e situada em um contexto mais geral, pronta para auxiliar pesquisadores, profissionais técnicos e tomadores de decisão a compreender outros contextos ou novas situações. Em comparação com aplicações baseadas em informação, abordagens baseadas no conhecimento são mais versáteis e flexíveis e, por conseguinte, mais úteis para lidar com novos problemas tanto no campo da ciência quanto no âmbito da técnica.

O 'definidor-chave' nesta etapa do processo de produção de conhecimento é a categoria do conceito. Unidade elementar do modelo teórico, base do conhecimento científico e tecnológico, o conceito situa-se também como produto final de uma cadeia própria de produção cognitiva. Especificamente em relação aos dados estruturados e semi-estruturados típicos da pesquisa epidemiológica, pode-se identificar uma cadeia metodológica paralela à cadeia produtiva do conhecimento: medida-estimativa-parâmetro-indicador-variável-conceito. No que se refere a dados não-estruturados (típicos da pesquisa antropológica, como veremos adiante), esta cadeia paralela terá somente dois elos: indicador-conceito.

A prática da ciência resulta, enfim, de uma dialética fundamental entre o conhecimento assentado e os problemas gerados pela interação com o real (Samaja, 1994). Estratégias de problematização efetivamente propiciam o crescimento da capacidade de o homem conhecer e dominar as realidades factuais do mundo circunstante, transcendendo a sua alienação, essencial na construção histórica de sua

emancipação (Bhaskar, 1986). Enfim, criar problemas; é disso que se trata na pesquisa científica.

Pode-se agora aprofundar e focalizar mais a discussão na questão da integração metodológica na pesquisa em saúde coletiva. Meu primeiro comentário ou advertência diz respeito ao cuidado terminológico, que implica máximo rigor e consistência no uso dos termos e conceitos. Às vezes, por exemplo, consideram-se como análise processos que são interpretativos, e, como interpretação, processos que são analíticos. Ambos, análise e interpretação, fazem parte de uma heurística da investigação.

Conforme já indiquei em uma série de escritos (sintetizados em Almeida Filho, 2000), creio que existem várias, e criativas, formas de integração metodológica na investigação em saúde. Inicialmente, propus uma polaridade entre abordagens tendentes à generalidade e abordagens tendentes à profundidade. A união do potencial generalizador de um estudo à capacidade de aprofundamento de outro poderia ser alcançada de diversas maneiras, sempre no plano logístico da pesquisa:

Abordagens tendentes à profundidade podem proporcionar elementos para a validação de instrumentos de investigação. A superficialidade no tratamento das variáveis independentes na pesquisa epidemiológica (problema pouco reconhecido, porém muito freqüente nesse campo de investigação) pode ser atenuada com o desenvolvimento de instrumentos de coleta de dados a partir, por exemplo, de entrevistas profundas para a produção de padrões de validação.

Tal conjunto de procedimentos já se constitui em rotina na investigação epidemiológica, porém, apenas em relação à variável dependente doença. A pesquisa epidemiológica de problemas de saúde relacionados com alguns objetos de estudo da antropologia social (como problemas familiares, diferenças étnicas, desigualdade social etc.) só teria a ganhar com o desenvolvimento de instrumentos simplificados, baseados em padrões confiáveis e conceitualmente válidos. Cheguei a sugerir que, *grosso modo*, as ciências sociais podem ter, para as variáveis independentes da epidemiologia, o mesmo papel que as chamadas ciências básicas da saúde teriam com relação a suas variáveis dependentes.

Dados produzidos por meio de técnicas antropológicas podem ser uma rica fonte de informação para o processo de construção de

modelos de investigação epidemiológica. Ademais, essas técnicas podem colaborar para a formulação de hipóteses de trabalho, como resultado do exame de histórias de casos 'típicos' que englobam temas básicos das questões da pesquisa em pauta.

Técnicas qualitativas podem ajudar a compor estratégias mistas de investigação epidemiológica, de modo a superar o distanciamento do real inerente aos desenhos mais estruturados. Entretanto, desenhos híbridos permitem combinar análises de generalização dentro de investigações mais abertas, e vice-versa. Um estudo de caso controle 'aninhado' em uma estratégia de corte transversal, ou um estudo de coortes em paralelo a um estudo de casos com subamostra específica, ou um inquérito com etapas múltiplas de identificação de casos podem ser exemplos desse tipo de solução.

Passo agora a propor uma tipologia dos híbridos metodológicos, esperando que a questão qualitativo/quantitativo, em relação à estratégia de investigação, seja melhor esclarecida. Em relação a esse aspecto, penso que não se trata de um contínuo entre quantidade e qualidade. Não se trata de um contínuo, e sim de arranjos destinados a, com maior eficiência, produzir conhecimento a respeito de problemas concretos da natureza, da cultura, da sociedade e da história, problemas que se referem à saúde.

Mas voltemos ao assunto da logística da pesquisa em saúde, para o qual propomos algumas idéias sobre os três tipos de híbridos metodológicos:

1) Combinações, ou seja, estratégias que usam ou articulam, no plano logístico, técnicas de outro registro metodológico. Sendo a estratégia estruturada, podem-se usar técnicas não estruturadas para a produção de dados sem deixar de ser um desenho estruturado de pesquisa. Por exemplo, um estudo caso-controle, desenho clássico da epidemiologia dos fatores de risco, que usa uma rigorosa definição clínica de caso, está empregando uma técnica de definição de caso não estruturada. (De fato, a técnica do diagnóstico clínico é não estruturada.) Uma vez definido o caso, a partir daí praticamente movimentos forçados levam a um processo de produção do conhecimento – observação, dado, informação, conhecimento – em que, basta iniciar para já se ter a expectativa do que vai acontecer no final do estudo.

Outro exemplo: posso dizer que é possível que um bom estudo desse tipo use duas técnicas não-estruturadas e, como estratégia de investigação, continuará rigorosamente estruturado como desenho de caso-controle. Se eu quiser ver a situação de classe das pessoas através da sua história familiar, construo uma tipologia, indicadores ou formas de classificação dos sujeitos, também em relação à variável independente classe social. Aí, montada em um desenho estruturado o mais clássico possível, posso combinar uma técnica clínica não-estruturada de identificação de caso com uma técnica sócio-histórica não-estruturada (como história oral familiar) para a definição de exposição. Mas a estratégia de investigação continua rigorosamente estruturada, pode ser até experimental se preferirmos, ou se houver recursos para isso, ou se valer a pena para responder a algum problema interessante de pesquisa. Nas combinações, enfim, a estratégia mantém a sua integralidade e incorpora técnicas que têm uma extração distinta e discutível.

2) Os estudos de campo em saúde coletiva podem ser compostos metodológicos. Os compostos são estratégias mistas, em que, por exemplo, pode haver duas etapas em um estudo. O desafio será fazer com que elas dialoguem para compor o mosaico do conhecimento sobre o problema.

3) Os estudos observacionais em saúde podem ser complexos metodológicos. Os complexos são híbridos metodológicos inapeláveis, em que não dá para separar, dentro do estudo, os elementos que têm maior grau de estruturação dos que têm menor grau de estruturação. A estratégia termina sendo única e indissociável, ela é um complexo de desenho e estratégia.

Para ilustrar o problema da integração metodológica radical, darei um exemplo concreto. Um tema essencial na investigação epidemiológica é a representatividade das amostras, darei um exemplo concreto. Sabemos que se fazem testes de representatividade das amostras com a finalidade de buscar o potencial de extrapolação do dado para uma amostra, de uma amostra para uma população, e assim por diante. Testa-se o princípio de que aquela amostra é representativa de uma dada população por ter aleatoriedade, ou melhor, justificada pelo

pressuposto da aleatoriedade. Entretanto, pode-se questioná-lo, dizendo que a pesquisa sobre um certo problema de investigação não pode se basear numa forma estruturada de seleção de sujeitos porque, dessa maneira, não será possível de responder ao problema.

Nesse caso, devem-se, sim, identificar tipos especiais em uma dada população e construir a amostra com esses tipos. Isto se chama de amostra de tipos escolhidos. Trata-se de uma estratégia de construção de amostras que gerou muita polêmica no início do século XX, nos primórdios da estatística moderna. De fato, as formas não paramétricas de construção de amostras cederam lugar às formas paramétricas, porque estas se baseiam no pressuposto da homogeneidade. Quando se sorteia um grupo, dá-se a todos os membros do grupo a mesma chance de compartir a amostra. Ora, nós podemos ter um problema de pesquisa em que isso é prejudicial para a questão de investigação. Como então separar isso da estratégia geral? É impossível. Podemos incorporar diferentes graus de estruturação, dentro de uma mesma estratégia, tornando-a um complexo.

Em relação ao tema da heurística da pesquisa, pode-se trabalhar em uma direção indicada por Juan Samaja, autor de um livro chamado *Epistemología e Metodología* (1994), em que atualiza algumas idéias de John Galton, um cientista social norte-americano da década de 60, que propôs dispositivos chamados matrizes de dados como forma de compreensão da heurística da investigação. Mas estou convencido que a idéia das matrizes rebate sobre todo o processo de investigação. Ela permite propor substituir a disjunção, que considero falsa, entre qualitativo e quantitativo, por uma noção bastante mais descritiva, mais eficiente, que seria a categoria de estruturação do processo de pesquisa. A noção de matrizes remete à etapa secundária de produção dos dados como produto com três modalidades diferenciadas: dados estruturados, dados não-estruturados (apenas para dar a condição do outro extremo) e, aí sim uma gama muito grande de graus distintos de estruturação, dados semi-estruturados.

A idéia da matriz de dados implica uma organização matricial dos elementos das observações, em que o eixo essencial é a unidade de análise. A unidade de análise encontra-se na horizontal (Figura 2), na fila A, B, C, D, E, N até – como a última letra Z não vai cumprir o papel de final da lista de unidades de análise – ZZZ_n. Os casos ou

unidades de observação encontram-se na vertical, numerados de 1 a N. Na intersecção entre o caso e a unidade de análise, pode-se situar, genericamente, o dado como codificação de uma observação. Caso 1, unidade A... o dado para a unidade de análise A é um 'a', para a análise de B é um 'b', e assim por diante. Samaja chama a esses signos 'valores", mas penso ser mais adequado e preciso chamá-los de 'signos de dados', a fim de não se restringir à análise de base numérica.

Figura 2 – Protótipo de matriz de dados

Unidades de observação	Elementos de análise										
	A	B	C	D	...	AA	...	ZZ	...	AAA	...	ZZZn
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
...												
N												

Vejamos um exemplo, de certo modo nostálgico. Talvez nem todos tenham feito análise de dados na mão, mas os epidemiólogos de nossa geração montavam bancos de dados em folhas Fortran, enormes, com lápis e borracha. Cada pesquisador carregava um *deck* de cartões perfurados em máquinas maiores do que uma geladeira. Naquele tempo, ao ver um cartão, era possível até reconhecer o caso, porque manipulávamos muito os dados (manipular no bom sentido de usar as mãos). Atualmente, jogam-se os dados dentro do computador, dentro de uma coisa virtual, eles somem lá dentro (ou lá fora, não sei).

Não se tem mais nenhuma relação material com os dados, mas, de todo o modo, persiste, nessa estruturação, a idéia de matriz.

Porque a matriz é tão interessante para essa definição do dado? E o que ela nos dá para a definição de análise? Podemos definir uma matriz de dados estruturada no limite como aquela em que, desde o princípio da investigação, sabemos qual é o N de casos, qual é o Zn da unidade de análise, e que, no processo de investigação, consegue preencher todas as células. Esse é o ideal do investigador de orientação empiricista, em geral, e do epidemiólogo em particular. Trata-se, em ambos os casos, de investigadores de uma linha controlada que busca a produção do dado estruturado.

Nesse caso, todo o restante do processo de investigação, inclusive a heurística, vai derivar basicamente das formas de investigação de diferenças. Mas por essa via podemos também reconhecer identidades, retirar o caso médio, construir o caso modal, estabelecer as tipologias. Dessa forma, é possível avaliar o que chamamos de quantificação, porém esta denominação não necessariamente se sobrepõe à presente noção de estruturação. Podemos trabalhar com uma matriz de dados rigorosamente estruturada e, no final, não apresentar na análise sequer um número.

A pesquisa não estruturada é o contrário. É melhor também começar por um exemplo. Vamos fazer um estudo de comunidade – classicamente, as etnografias se chamavam estudo de comunidade – ou uma etnografia. Temos uma idéia do tema, mas não conhecemos ainda as unidades de análise do estudo, simplesmente porque a intenção do pesquisador é dar lugar à voz ou às vozes do sujeito da investigação. É uma questão de postura do pesquisador. Sabemos apenas que vamos trabalhar com adolescentes, o que já é um bom começo para ir a campo.

No processo de pesquisa que, por isso, deve durar muito tempo, temos de descobrir as unidades de análise, ao identificar os casos, que chamamos, com algum perigo, de informantes. Em um certo momento, define-se: este aqui, no final do estudo, será o caso 2. Por quê? Porque o caso 2 já deu todo o conhecimento que se queria produzir para aquele problema. Agora, o caso 1 vai responder sobre as unidades de análise: A, C – E, G – K, F e tal. O caso 2 vai dizer muita coisa sobre B, D... sobre diferentes unidades de análise. Podemos nos satisfazer com essa não superposição e fechar o estudo.

Considerem que isso evidentemente é uma caricatura: um estudo que não tem estrutura, não tem completude, não tem fechamento... e não tem nenhum problema nisso. Esses 'não tem' de modo algum desvaloriza o trabalho, porque é possível que o problema que gerou aquele processo de produção de conhecimento demandasse exatamente isso. Posso realizar um estudo de alto valor científico e rigor metodológico que se define justamente pelas características de não-estruturação: as unidades de observação não são fixadas no início do estudo (ou seja, não existe um N-amostral); as unidades de análise são construídas no processo (ou seja, o Zn resulta do próprio ciclo de produção do dado); os signos de dados, ou valores, não são exaustivos na combinatória de unidades de observação e unidades de análise (ou seja, N x Z admite lacunas).

Vejamos agora em mais profundidade as definições possíveis de semi-estrutura. Podemos reconhecer três definições: primeiro, aqueles estudos em que temos uma definição prévia no N, número de casos, ou fixação no universo da investigação, mas não podemos fechar nas unidades de análise. Isso é possível, ocorre muitas vezes e pode ser muito proveitoso para certos problemas de pesquisa.

O segundo caso de semi-estrutura é o inverso desse. Nele, temos fixação nas unidades de análise, às vezes muito rigorosa, mas não nos casos. Um dos desenhos experimentais de melhor relação custo-eficácia existente é o chamado estudo seqüencial ou estudo experimental aberto controlado. Nesse estudo, o experimento é interrompido no momento em que se atinge um certo parâmetro de significância estatística porque ele não se inicia com um número de casos pré-definido. Já no experimento fechado, inicia-se com um número de casos e unidades de análise predeterminados.

O terceiro caso – uma outra forma de pensar a não-estruturação nos estudos observacionais (que é uma raridade, quase nunca ocorre) – é a seguinte: a não completude das células da combinatória Z x N pode ser tomada como elemento de análise. É possível fixar tanto o parâmetro de observação quanto o de análise, porém o grau de estruturação do estudo se distancia em relação à estruturação absoluta (Z e N pré-fixados), pela existência de células não preenchidas.

Concluindo e retomando o objetivo deste artigo, propomos, em síntese, que nada se ganha ao distinguir qualitativo de quantitativo na

pesquisa em saúde coletiva. Sei que esta distinção tem sido crucial para a importante contribuição metodológica de Minayo (1993), é possível debatê-la.

A qualidade é primordial e antecede e subordina a quantidade. A quantidade dela deriva, sendo mera propriedade de facetas dos objetos que aceitam uma atribuição de dimensionalidade. Por exemplo, todos possuímos as propriedades ou qualidades de sexo, saúde, idade, temperatura, estatura e peso, e muitas outras que implicam nossa identidade ou singularidade como seres humanos. Sexo e saúde são qualidades não-dimensionais porque não podem ser reduzidas a um indicador numérico. Entretanto, temperatura, estatura e peso não só podem como devem ser expressos mediante quantificação, pois são por definição quantidades. De todo modo, a noção de quantidade em si é vazia, sempre referida ou relativa à qualidade.

Na perspectiva de superar essa falsa oposição, devemos substituí-la por categorias mais operacionais e pragmáticas, capazes de viabilizar a tão desejada integração metodológica, tanto no aspecto logístico quanto heurístico da pesquisa em saúde. Tais categorias serão úteis até no sentido de construção necessária de uma epistemologia pragmática dentro do realismo. Precisamos, de fato, de um realismo que considere a investigação científica como um processo de produção de um produto – o conhecimento científico – de fato socialmente útil. Vimos que este produto, por sua vez, também não se finaliza cumprindo as suas funções e não se conclui nesse processo, porque se trata de um ciclo dialético.

Para ser mais rigoroso, poderíamos ter começado a operar o ciclo do conhecimento de qualquer lugar, na medida em que o objeto de pesquisa é também uma fixação teórica (ou será uma ficção teórica?). Entretanto, pensar que o conhecimento é o produto final da pesquisa seria um equívoco. Aliás, hoje em dia, nem mais no processo produtivo os produtos são pensados exclusivamente como finalização, porque produtos (e as mercadorias, como produtos comercializados) cada vez mais estão entrando em processos de reciclagem. Mercadorias e produtos estão assumindo, no sistema produtivo em geral, um papel mais predominante, na medida em que também não são finalização de processos, são sim intermediários sempre para outros processos. Mas esse é um outro assunto.

Para realmente concluir, um dos temas que merece ser aprofundado refere-se ao fato de que a oposição entre qualitativo e quantitativo produziu, dentro do campo da saúde coletiva, não só clivagens às vezes difíceis de superar, mas que também podem barrar o avanço da organização do nosso campo de conhecimento perante outros campos disciplinares da ciência. Esse é o momento de consolidar para que, em primeiro lugar, não nos fragmentemos, isso porque o objeto 'saúde' não merece nem suporta a fragmentação. Segundo, para que não nos enfraqueçamos perante outros campos científicos na eventualidade de nos subordinarmos às lógicas predominantes nesses outros campos. Até mesmo porque eles próprios não superaram adequadamente algumas das questões que discutimos e que estamos enfrentando neste rico momento de construção conceitual do campo da saúde coletiva.

Referências Bibliográficas:

ALMEIDA FILHO, N. A *Ciência da Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2000.

BHASKAR, R. *Scientific Realism and Human Emancipation*. Londres: Verso, 1986.

MINAYO, M. C. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1993.

SAMAJA, J. Epistemología e Metodología. Buenos Aires: Eudeba, 1994.

SOUSA SANTOS, B. *Introdução a uma Ciência Pós-Moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

10 Quatro Modelos de Integração de Técnicas Qualitativas e Quantitativas de Investigação nas Ciências Sociais[1]

Roberto Briceño-León

Introdução

Toda a ciência é qualitativa, no sentido que pretende estabelecer uma qualidade a um objeto de estudo ao reproduzi-lo ou reconstruí-lo, ao explicá-lo ou compreendê-lo. A quantidade em si mesma nada representa se não se relaciona com determinada qualidade; as cifras e os dados não falam sozinhos, requerem uma interpretação que alude a uma teoria, à afirmação ou à negação de uma idéia. Os métodos que se utilizam na ciência são de dois tipos: observacional ou experimental. Os observacionais são aqueles em que o investigador(a) faz as observações sobre uma realidade procurando intervir o menos possível nas condições naturais nas quais se encontra o objeto investigado. Os experimentais são aqueles em que, de uma maneira intencional ou controlada, se introduz uma condição artificial, a partir da intervenção do investigador, que altera as condições naturais do objeto investigado, com o objetivo de poder estabelecer seu efeito nas variáveis no estudo.

Estes métodos podem ser utilizados usando-se técnicas qualitativas ou quantitativas de coleta e análise de dados, portanto o que varia entre a quantidade e a qualidade da informação não são os métodos, mas as técnicas utilizadas, visto que é possível fazer observações com técnicas quantitativas de levantamentos (*surveys*) que serão processados estatisticamente ou com histórias de vida que serão analisadas qualitativamente. Igualmente é possível – embora não tão

[1] As investigações nas quais se fundamenta o presente artigo foram financiadas pelo CDCh da Universidade Central da Venezuela, Conicut e Programa Especial TDR da WHO/Undp/World Bank (Tradução de Maria Cristina Iglesias).

comum – realizar um experimento com técnicas qualitativas e sem medições, ou, ao contrário, e o que é mais comum, com técnicas quantitativas para se estabelecer o plano de coleta de dados e fazer sua análise da variância estatística a fim de tirar conclusões sobre a variável explicativa.

A idéia singular das ciências sociais talvez se apóie na tese de Dilthey, que, no final do século XIX, afirmou que as ciências sociais (que ele chamava de moral) deviam ter um método científico distinto, pois não procuravam, como nas ciências da natureza, explicar o fenômeno, mas compreendê-lo (Dilthey, 1970). A compreensão, como forma de aproximação ao objeto do estudo, é o que diferencia as ciências sociais. Assim, os fenômenos sociais não são dados objetivos, mas sim repletos de significado, uma vez que o mundo social é construído sobre significações que outorgam os indivíduos num contexto social e cultural, historicamente determinado. As ciências sociais pretendem compreender essas significações, elaborar, como disse Garfinkel (1967), uma significação a partir dos significados da gente.

Essa perspectiva compreensiva da vida social levou muitas pessoas a considerar que as ciências sociais devem adotar as técnicas qualitativas, que muitos chamam de métodos qualitativos, como próprios dessas disciplinas. Parece-nos que não é necessariamente assim, pois é possível pretender a compreensão de um processo social utilizando um ou outro tipo de técnica de coleta ou análise da dados. A pergunta importante que o investigador deve fazer é com qual das técnicas é possível conseguir uma melhor compreensão, ou, melhor ainda, como é possível integrar as técnicas das quais se dispõe para poder compreender a realidade da forma mais completa, e também (dura realidade!) da maneira mais eficiente em termos de tempo e dinheiro.

Mas o fato de sustentarmos que as investigações qualitativa e quantitativa podem se integrar não quer dizer que estas sejam iguais ou intercambiáveis entre si. A investigação qualitativa e quantitativa são bastante diferentes em termos de desenho, da relação com os dados, da estratégia de investigação, da forma de organizar as equipes de trabalho e da visão epistemológica do investigador. Esta diferença notável é que nos permite considerar que devam estar integradas, e, por conseguinte, explorar as potencialidades de cada uma. As diferenças, ao invés de um obstáculo, são uma possibilidade que, adequadamente utilizada, pode trazer produtos científicos da maior qualidade.

As Diferenças entre os Desenhos da Investigação Qualitativa e Quantitativa

Até a Segunda Guerra Mundial, as investigações sociais utilizavam igualmente a investigação qualitativa e a quantitativa. Nos Estados Unidos, a presença da Escola de Chicago havia permitido o estabelecimento formal e acadêmico das técnicas qualitativas e os trabalhos de Park e Burgess tinham tido um grande impacto e utilidade para as companhias que investiam nos serviços da cidade. O estudo de Redfield, no México, sobre um pequeno povoado rural, deu-lhe prestígio pela realização de investigação qualitativa muito próxima à antropologia. Na Europa, a tradição filosófica da sociologia alemã ou francesa fazia pouco uso da quantificação, apesar de estudos notáveis como O *Suicídio*, de Durkheim (1999), publicado em 1897, no qual a maioria dos trabalhos eram propriamente qualitativos. Weber tinha coordenado uma pesquisa, em 1931, sobre os desempregados do pequeno povo de Marienthal, que permaneceu sem qualquer difusão ou tradução até os anos 60, em inglês, e 80, em francês (Lazarfeld, Jahoda & Zeizel, 1981).

Mas foi a partir da Segunda Guerra Mundial, com os estudos sobre a opinião pública do soldado americano, que se impôs uma orientação quantitativa na sociologia e, posteriormente, com muito mais força na psicologia, deixando de lado o equilíbrio que existia com as técnicas qualitativas. Nessa época, Pitirim Sorokim qualificou esta dominação como a 'quantofrenia', que dominava a sociologia desse tempo (Sorokin, 1956).

Parte desse domínio da investigação quantitativa deve-se ao desenvolvimento de técnicas estatísticas e à difusão dos primeiros computadores depois do final da guerra. Mas, também, ao desejo de uma objetividade na investigação e à crença de que, com a retirada da figura do investigador como eixo central do processo de investigação e análise, se poderia evitar o viés que a sua presença introduzia. As técnicas quantitativas colocavam, na formalização do procedimento investigativo e na divisão do trabalho, a confiança – um tanto ilusória, mas acreditável – de um caráter mais científico das conclusões da investigação.

A investigação qualitativa representou então um retorno do investigador ao centro do processo investigativo. Com os seus preconceitos e valores, o investigador voltava a ser incorporado e tinha

um papel importante a partir do centro do processo de investigação (Minayo, 1994). Óbvio que naquele tempo muita discussão filosófica ocorreu sobre a epistemologia das ciências sociais e as posturas sobre, por exemplo, o papel dos preconceitos na ciência variaram notavelmente.

Autores como Gadamer, que haviam sustentado desde o começo dos anos 60, que os preconceitos eram importantes e cumpriam uma função positiva, por assim dizer, na construção do saber, começaram a ter relevância. Gadamer (1997) sustenta que, a busca da verdade pura não ocorre nunca e que a compreensão pode dar-se exclusivamente entre os horizontes prévios e as finalidades práticas que derivam do saber. Bachelard (1972), por sua vez, estabeleceu a importância da vigilância epistemológica como uma disciplina em que o investigador tem de se impor, permanentemente, para conseguir a objetividade, e não como algo que se possa conseguir com a aplicação de uma técnica.

A primeira diferença que podemos estabelecer entre o desenho da investigação qualitativa e quantitativa reside no lugar do investigador: na primeira, o ele está presente e perto, na segunda, ele deve estar distante; na primeira, ele atua dentro da própria investigação, na segunda, atua de fora, construindo hipóteses e os instrumentos, sem se envolver diretamente.

A segunda diferença corresponde ao modo de como se aproximar da realidade na qual a investigação se realiza. A investigação qualitativa se aproxima da realidade do estudo de uma maneira natural, isto é, procurando não alterar o que ocorre, nem impor moldes para encerrar a realidade em um padrão de observação, uma pergunta ou uma teoria previamente desenvolvida. A investigação qualitativa procura não gerar reações que possam alterar o curso natural dos fatos; isto nem sempre é conseguido, mas o princípio que orienta a investigação implica que se deva minimizar este risco. A investigação quantitativa demanda uma relação artificial com a realidade da investigação; isto não implica algo negativo, é simplesmente uma característica, pois uma investigação com objetivos precisos, com perguntas ou observações que devam ser realizadas de uma mesma forma, sem permitir que o entrevistador modifique a pergunta ou o modo de fazê-la, ou que ofereça qualquer explicação, pois, se isto ocorresse, seria impossível considerar as respostas visto que, cada qual teria respondido a uma

pergunta diferente e, portanto, não seria possível construir os agregados numéricos que este tipo de investigação exige. A artificialidade da investigação quantitativa é a camisa de força que se coloca no estudo para que se torne factível e sustentável, uma vez que a força de suas conclusões derivam da correção da coleta da informação, posto que não é possível, como na investigação qualitativa, fazê-la depender da capacidade ou idoneidade do investigador envolvido.

Através dessa forma de aproximação à realidade, as estratégias das investigações são completamente diferentes, a maneira natural de aproximação da investigação qualitativa permite e obriga o desenho de uma investigação não estruturada, aberta, que permite fazer trocas e reformular continuamente as suposições ou hipóteses – se é que existem hipóteses formais. Os instrumentos de coleta de informação podem ser totalmente abertos, como o diário de campo, ou relativamente elaborados, como a lista de temas para uma entrevista. No caso de uma aproximação natural ao objeto de estudo, não se pode elaborar muito a estratégia da investigação, pois esta perderia a flexibilidade e a abertura que são a sua força. Contrariamente, a investigação quantitativa deve ser estruturada; precisa de uma elaboração detalhada, e quanto mais detalhada melhor, de cada um dos aspectos que se deseja investigar: como se quer conseguir a informação, com quais informantes sim e com quais não, onde serão entrevistados, por quanto tempo, em qual contexto a informação é aceitável e em qual não deve ser aceita como válida. Em uma investigação quantitativa, deve se ter claro o tempo estimado da coleta da informação, bem como o momento do início e o fim da mesma. Cada palavra, cada gesto do entrevistador deveria estar padronizado para que um *survey* possa ser comparado na sua expressão máxima.

Pelos traços previamente descritos, a investigação qualitativa tende a ser mais usada nos estudos exploratórios. Devido ao fato de ser uma investigação com uma aproximação 'natural' à realidade estudada e de ter um caráter não estruturado, a investigação qualitativa permite com mais facilidade, e sem grandes filtros, captar uma massa muito ampla de dados e informações que servirão de base ao tema que está sendo explorando. Esta multiplicidade de informação dá oportunidade a diferentes prenoções que tenham de competir, de encontrar asilo e sustento, ou serem desprezadas por serem infundadas.

A investigação quantitativa, por sua vez, tende a ser mais usada em estudos confirmatórios. O fato de ser uma investigação estruturada permite estabelecer com muita precisão a hipótese que se quer verificar e o modo como se vai realizar o processo de aceitação ou rejeição da mesma. Óbvio que, quando um estudo se encontra no nível confirmatório, muito trabalho prévio foi necessário, o que permitiu estruturar a afirmação de verdade que se quer submeter à prova, portanto, não se faz necessário incluir mais aspectos do que aqueles estritamente necessários para o fim proposto. Em contrapartida, uma confirmação implica algo além da apreciação qualitativa de um processo ou uma circunstância; requer uma verificação que tenha uma medição estrita, que proporcione igual oportunidade à hipótese de ser aceita ou rejeitada na observação a ser realizada, ou, no caso de uma exigência de maior rigor e sustentação, no experimento que irá se realizar.

Temos dito que estes estudos tendem a ser usados por um outro tipo de investigação porque não estão completamente restritos a estes caracteres exploratórios ou confirmatórios. Hoje em dia, é possível fazer estudos quantitativos de caráter exploratório; nestes, faz-se uma pesquisa sem hipóteses e com uma grande quantidade de variáveis que, com as facilidades da computação e das técnicas de análise de dados – tal como a análise de correspondência múltipla ou de *clusters* –, possibilita uma exploração e passa-se então a construir as hipóteses que não existiam no início.

Alguns autores, pelas circunstâncias previamente descritas, tratam de assimilar a classificação dos estudos científicos em nomotéticos e idiográficos com as investigações quantitativa e qualitativa, respectivamente. Os nomotéticos seriam quantitativos por serem generalizáveis, no sentido de tratarem com noções, categorias, de poderem ser aplicados a situações distintas e de terem um caráter universal. Os ideográficos seriam qualitativos no sentido de corresponderem a uma determinada realidade histórica e, portanto, sem pretenderem estabelecer generalizações, mas, sim, esclarecer um aspecto sobre um problema ou sobre uma determinada comunidade humana. A idéia deve ter alguma sustentação, apesar de que, para muitas pessoas, toda a investigação das ciências sociais é ideográfica e, talvez por isso, esses estudiosos sustentam que a metodologia das ciências sociais sempre deve ser qualitativa.

Quadro 1 – Diferenças no desenho da investigação qualitativa e quantitativa

	Qualitativa	Quantitativa
Lugar do investigador	Interno	Externo
Aproximação à realidade do estudo	Natural	Artificial
Estratégia da investigação	Não estruturada	Estruturada
Tipo de investigação dominante	Exploratória	Confirmatória
Tipo de conhecimento	Ideográfico	Nomotético

As Diferenças no Processo de Investigação

Quando Malisnowski foi às Ilhas Trobriand, em maio de 1915, não sabia por quanto tempo deveria permanecer no arquipélago do Pacífico Ocidental. Essa interrogação não se fundamentava somente nas dúvidas que afloravam do desenvolvimento da Primeira Guerra Mundial, da qual estava fugindo pelo temor de ser recrutado como súdito austríaco, mas, sim, pela imprevisível tarefa na qual estava se envolvendo.

Seguindo os ensinos de Boas, Malisnowsli dedicou-se a conviver com os nativos, aprender a sua língua e registrar as observações sobre a vastidão da vida social no idioma local e sem traduções. Qualquer candidato ao doutorado em antropologia social nas universidades tradicionais, como Oxford, deveria aprender a língua local e dedicar-se a conviver durante um período de tempo prolongado na comunidade que foi eleita para seu trabalho, sem saber quanto tempo levaria para terminá-lo. Esta é uma das características própria da investigação qualitativa: o tempo da sua execução é bastante imprevisível.

Em compensação, a investigação quantitativa pode e deve estabelecer lapsos de tempo determinados para a realização do trabalho de campo e a coleta de informação; é possível que o tempo para interpretar os dados seja variável, mas não o tempo de coleta dos mesmos. Essa característica que dá muita flexibilidade à investigação qualitativa também pode colocar o pesquisador em grandes apertos, pois os períodos de financiamento são limitados e as informações devem ser apresentadas em espaços de tempo que não necessariamente coincidem com a flexibilidade e a paciência que se exige de um estudo qualitativo.

De modo contrário, a investigação quantitativa permite estabelecer lapsos de tempo bem óbvios, pois é possível prever os meses necessários para a execução de cada uma das atividades. É viável prognosticar razoavelmente quanto tempo vai durar a investigação e prometer conseqüentemente os resultados para uma data determinada.

Mas o papel do tempo não somente diferencia os tipos de investigação pela sua previsibilidade nos períodos de sua execução, mas também pelo que se considera o tempo legítimo de investigação. Na investigação quantitativa, o tempo da investigação é aquele no qual se realizam as perguntas e se obtêm as respostas. No caso de estarmos na porta da casa agradecendo à cooperação e o recém-entrevistado começar a dar outras opiniões adicionais ou até contrárias ao que disse anteriormente, nós não podemos incorporá-las à pesquisa e estas nem chegarão à tabulação. O que nós podemos realmente fazer, e nós solicitamos aos nossos pesquisadores que o façam, é registrar em uma folha de observações tais comentários, que poderão ser considerados na interpretação ou na avaliação da qualidade da entrevista, embora o que podemos legitimamente utilizar para produzir os agregados numéricos é o que foi dito no momento apropriado para esse fim.

Na investigação qualitativa não é assim. O tempo é aberto e todo o tempo é tempo de coleta de informações. Na nossa experiência, o momento da despedida tem sido particularmente valioso, pois ali se concentra a tensão de algo que o entrevistado veio pensando durante todo o tempo do diálogo, mas que omitiu por temor, vergonha ou timidez, ou porque, no ritmo do diálogo, o entrevistador foi demasiado ativo e não deu ao entrevistado tempo suficiente para uma digressão ou algo que este último quisesse acrescentar, e, na hora do adeus, aparece a frase final: "certamente, tem alguma coisa que não lhe disse ...". Muitas vezes, esse algo resulta ser mais importante que as duas horas anteriores de conversação. Na investigação qualitativa, isto pode ser incorporado, assim como seriam os fatos dos quais o grupo de investigação toma conhecimento enquanto janta no bar da esquina e alguém se aproxima e diz ao grupo: "Eu sei o que vocês me perguntaram, mas gostaria de dizer-lhes que ...".

Com essa variedade de fontes de informação e de momentos para coletá-la, é muito difícil transferir as responsabilidades na investigação qualitativa. Como saber se as estórias que foram ouvidas na

noite anterior no bar não são significativas? Como decidir se a última opinião recebida com o pé na estrada não é relevante para o estudo? Estas decisões só podem ser tomadas por aquele que está muito envolvido no processo de investigação e, talvez, somente o investigador que elaborou o projeto e tem tão presente os objetivos que pode recusar o material ou incorporá-lo, até o ponto de desviar as metas para poder alcançar os objetivos.

Por esse motivo, muitas investigações qualitativas são trabalhos solitários de alguns aficionados que se dedicam com paixão e dedicação a coletar informação em lugares muito difíceis ou diferentes, alguns dos quais onde talvez nunca tivesse desejado ir (Scheper-Hughes, 1992).

Goffman passou um ano trabalhando, disfarçado sob o papel de assistente de diretor de ginástica, no hospital psiquiátrico de St. Elizabeth em Washington, para poder realizar as observações que o levaram a escrever o seu livro famoso sobre a situação social dos doentes mentais (1970). Como Goffman poderia delegar a responsabilidade das observações a outra pessoa? Quem, senão ele mesmo, que estava elaborando seu estudo, poderia decidir quais aspectos dos múltiplos encontrados no caminho pelas salas dos pacientes eram relevantes para a investigação?

Em outra circunstância muito distinta, o investigador de um estudo quantitativo pode transferir as responsabilidades. Nesse caso, o investigador que está encarregado do desenho, das hipóteses, pode delegar a responsabilidade. É evidente que o investigador não teria e tampouco poderia assistir à realização de tantas entrevistas que uma amostra nacional requer; mas, na verdade, também poderia delegar o processo de elaborar o instrumento, desenhar a amostra, coletar a informação, preparar os dados, processar a informação e só voltar a retomar as tarefas no momento de fazer a análise e elaborar as conclusões.

Essas limitações não implicam que o investigador não possa transferir essas responsabilidades na investigação qualitativa. Apesar da dificuldade, é possível delegar tarefas, mas isto requer um pessoal altamente qualificado e consciente dos objetivos finais do projeto, e não simplesmente da maneira adequada de fazer a tarefa específica que lhe corresponde. Um projeto qualitativo pode ser feito com os co-investigadores ou com os assistentes profissionais para quem o projeto significa algo mais que um salário mensal. Em troca, é possível

delegar boa parte das tarefas de uma investigação quantitativa a pessoas bem treinadas, apesar da baixa qualificação, como seriam os entrevistadores profissionais; ou à pessoas com alta qualificação não envolvidas na essência do projeto, como seria um especialista em amostragem ou um analista de dados. Em ambos os casos, estarem envolvidos é muito melhor para os resultados da investigação, mas não é uma condição indispensável como ocorre na investigação qualitativa.

Quadro 2 – Diferenças na maneira de realizar a investigação entre técnicas quantitativas e qualitativas

	Qualitativa	Quantitativa
Duração	Imprevisível	Previsível
Tempo de investigação	Aberto	Fechado
Possibilidade de transferir responsabilidades	Difícil	Fácil
Tipo de pessoal requerido	Muito qualificado e envolvido	Pouco qualificado e envolvido

Características Atribuíveis aos Dados

Os dados que resultam de uma pesquisa qualitativa têm características particulares que os diferenciam dos dados resultantes de um estudo quantitativo. As virtudes de um e de outro são igualmente louváveis; a diferença reside na utilidade que se deseja atribuir a eles ou a uma característica que o investigador deseja privilegiar em função de seus princípios, ou ao momento da investigação, ou, ainda, ao estado de desenvolvimento desse campo de conhecimento

Pode-se dizer que os dados, produto de uma investigação quantitativa são 'duros', fortes e confiáveis e que resultam de poucas perguntas repetidas feitas a mais de mil pessoas distintas em condições de aleatoriedade. Sobre os dados derivados de uma investigação qualitativa, pode-se dizer que são 'ricos'; a sua grande riqueza deriva de mais de mil perguntas feitas a poucas pessoas, sem condições de aleatoriedade, mas representativas dos sujeitos em estudo, tanto na sua normalidade como na excepcionalidade. Porém, é difícil pensar que as

respostas às perguntas de um inquérito contenham dados ricos da realidade ou que os resultados de algumas entrevistas em profundidade ou de um diário de campo sejam 'duros'. Já vimos as críticas que surgiram, com o passar dos anos, aos estudos de investigadores tão reconhecidos como M. Mead, devido à sua percepção de classe média norte-americana sobre os aborígenes ou pelas características de seus informantes. Mas, sem dúvida, seu trabalho teve um grande valor heurístico derivado da riqueza do aporte de informações que trazia.

Outro traço significativamente diferente nos estudos qualitativos e quantitativos é a capacidade de incorporar as novidades que não estavam previstas no desenho previamente preparado. Os estudos qualitativos são altamente permeáveis ao inesperado, recebem com relativa facilidade as surpresas que comportam o estudo no terreno. Talvez, a dificuldade maior possa se encontrar na disposição e abertura que tenha o investigador para captar o novo, para se deixar atemorizar pelo que não lhe havia ocorrido ou, mais ainda, por aquela informação que contradiz abertamente suas hipóteses prévias. Do ponto de vista do desenho, todas as condições são oferecidas para que sejam dadas as boas vindas ao inédito, porém, do ponto de vista dos indivíduos, esta receptividade variará de caso a caso, e dependerá muito do treinamento e sensibilidade do investigador.

A investigação quantitativa, ao contrário, é refratária ao inesperado da investigação, não pela disposição dos investigadores, mas sim pelas limitações do desenho, que são, por sua vez, sua fortaleza: todas as dimensões do estudo são o mais possível planificadas e previstas. Certamente, Merton (1964: 115) estabeleceu a importância do *serendipity* na investigação, "o dado imprevisto, anômalo e estratégico que exerce pressão sobre o investigador para dar um novo rumo à investigação que amplie a teoria". Porém, muitos dos seus seguidores não podem acatar tais conselhos, pois a maneira como elaboram as investigações e buscam controlar todas as variáveis para poder outorgar maior força ao estudo, assim como a escala e custos das mesmas não permitem a incorporação da novidade.

Estas características dos dados estabelecem certas limitações na sua análise; mas, é importante destacar que a cada dia as fronteiras são mais difusas, pois é cada vez mais fácil fazer um tratamento quantitativo dos dados qualitativos. As facilidades que o desenvolvimento

da computação oferece permitiram que os dados qualitativos fossem codificados e traduzidos em números que podem ser trabalhados matemática ou estatisticamente. Inclusive, existem programas já desenvolvidos (como Anthropac), que permitem utilizar as técnicas antropológicas de coleta sistemática de dados, tais como as tríadas, os *pile-sorts* ou a hierarquização (Weller & Rommey, 1988), com o programa computadorizado desde o início da investigação. Também se pode fazer análises estatísticas dos dados textuais que derivam das entrevistas abertas ou de discursos, usando uma análise de correspondência múltipla para o estudo lexicográfico e utilizando um programa de análise de dados numéricos adaptado para textos (Lebart & Salem, 1988). Certamente, deve-se ter precauções com os tipos de dados construídos e com as generalizações que se fazem sobre o universo populacional. Isto faz com que a análise qualitativa dos dados, que é intrinsecamente qualitativa, seja diferente da análise quantitativa dos dados qualitativos, como nos casos antes assinalados.

Quadro 3 – Diferenças dos dados levantados pelas investigações qualitativas e quantitativas

	Qualitativa	Quantitativa
Qualidade atribuível aos dados	Ricos	Duros
Resposta ao dado novo	Permeável	Impermeável

Os Quatro Modelos de Integração

Não existe razão alguma para considerar que um tipo de investigação – qualitativa ou quantitativa – seja intrinsecamente melhor ou superior que a outra. O que é sim evidente é que são diferentes, mas esta diferença não implica uma superioridade científica, técnica ou moral de uma sobre a outra. Ambas trazem dimensões distintas e ênfases diferentes e, com ambas, podem-se alcançar objetivos diferentes.

Essa mesma diferença é que confere valor à integração de ambas as aproximações em um projeto de investigação, pois, se fossem iguais, que interesse haveria em combiná-las? Caso um investigador esteja disposto a realizar o esforço de um desenho de investigação combinado é

porque considera que com um só dos procedimentos não poderá atingir suas metas; ou porque estima que, ao misturar as duas técnicas, seu trabalho será de maior qualidade, ou poderá ser realizado em melhores condições de tempo ou custos e conseguir os mesmos resultados.

Não é obrigatória, nem se deve assumir como uma moda a ser seguida, a integração das técnicas de investigação. Existem estudos exclusivamente qualitativos de grande valor heurístico e há estudos exclusivamente quantitativos de grande rigor, que não precisam da muleta de outra técnica para poder alcançar com sucesso seus resultados; uma exclusiva aproximação é suficiente. Mas há outras circunstâncias que podem requerer a combinação de técnicas; são essas necessidades que vão nutrir os quatro modelos de integração da investigação qualitativa e quantitativa que propomos a seguir.

Modelo 1: a investigação qualitativa no início

Neste modelo, a investigação qualitativa se situa no início com o propósito de poder se familiarizar com um tema de investigação que está pouco desenvolvido ou de cujos saberes prévios alguém tem dúvidas, mas não tem possibilidade de fazer uma proposta alternativa devido à falta de proximidade com os dados primários ou com os informantes.

A investigação qualitativa começa a cumprir, aqui, o papel de um estudo exploratório que permite ao investigador desenvolver ou afinar suas hipóteses e construir os instrumentos para realizar um estudo confirmatório (de verificação) ou, em qualquer caso, cobrindo um universo populacional muito maior. Em resumo: a investigação qualitativa permite, neste modelo, estabelecer as condições para a realização de uma investigação quantitativa.

Para alcançar este propósito, o investigador solicita, para essa primeira fase qualitativa, um processo de observação participante. Ele ou o grupo central do projeto se transfere para a zona do estudo (ou para uma similar, caso não deseje 'contaminar' a zona do estudo) e permanece ali por algum tempo, conversando com as pessoas, observando a vida diária, assimilando a atmosfera social do meio. Também é possível fazer um plano de entrevistas abertas, pelas quais se consegue conversar de um modo amplo sobre o tema, com pessoas de diferentes grupos sociais ou com características demográficas diferentes.

Estas entrevistas devem ser gravadas para que outras pessoas do grupo possam escutá-las. Em qualquer um dos casos é importante, no caso de trabalho feito em grupo, que, ao final de cada dia, as informações sejam transcritas e discutidas por todos os membros da equipe, como em um trabalho de triangulação, porque assim se potencializam e se decantam os resultados da observação ou das entrevistas. É possível e também muito útil, caso já se tenha um questionário bastante desenvolvido, aplicar o questionário a algumas pessoas, não em forma de perguntas fechadas, mas como se fosse uma entrevista semi-estruturada, ou seja, com perguntas abertas e 're-perguntando' os porquês das respostas, buscando com isto uma explicação – se a pergunta é de múltipla escolha, por exemplo –, tanto das opções selecionadas como daquelas que não foram.

Com este material os postulados teóricos adotados, em princípio, poderiam se converter em formulações mais elaboradas. Isto permite que as prenoções e intuições do investigador possam prosperar e se converterem em hipóteses, ou possam ser reprovadas, nesta primeira prova, sendo retiradas do estudo quantitativo, evitando-se, assim, um trabalho inútil e o desperdício de recursos materiais.

De posse desta informação, é possível desenhar, de maneira mais apropriada, um inquérito populacional a ser realizado posteriormente. As hipóteses poderão ser mais claras, os indicadores utilizados poderão ser revisados ou as tipologias pretendidas serem desenvolvidas. Este tipo de estudo qualitativo prévio não substitui totalmente o estudo piloto que se faz de um questionário, mas permite chegar a este piloto com muito menos problemas e, de qualquer modo, estar melhor preparado para apresentar solução às dificuldades que se apresentem.

Em certa oportunidade, realizamos um estudo sobre um grupo de hospitais e ambulatórios (centros de atenção primária de saúde) que tiveram uma gestão considerada um sucesso tanto pelos funcionários como por muitos pacientes. Nesse trabalho deveríamos precisar o grau e as razões de satisfação dos usuários com os centros assistenciais. A situação era inusitada, pois o que se encontrou nos anos anteriores era uma crítica sistemática dos políticos e dos meios de comunicação às dificuldades de seu funcionamento. Que acontecera?

Para fazer este estudo, decidimos proceder, no início, de maneira qualitativa. Tratava-se de realizar uma observação participante nos

centros e realizar entrevistas abertas com o pessoal da saúde e com os pacientes que se encontravam nas dependências de consulta, hospitalização etc., perguntando sobre os aspectos que consideravam positivos e negativos relativos à organização e à gestão de tais instituições.

Os resultados da primeira fase permitiram estabelecer um conjunto de dimensões sobre as quais deveria versar o estudo de satisfação. Como em algumas destas dimensões havia desacordo entre o que opinavam os pacientes e a equipe de profissionais, foi elaborado um questionário incluindo as diferentes modalidades de posicionamentos, aplicado em um inquérito junto aos usuários – onde para cada possibilidade de resposta havia a mesma probabilidade de ser selecionada – permitindo saber quantos usuários concordavam com uma ou outra idéia. A investigação qualitativa serviu para estabelecer a diversidade de opiniões existentes e o inquérito para estabelecer as magnitude de cada uma delas (Rodriguez, Avila & Briceño-León, 1997).

Quadro 4 – Modelo 1: a investigação qualitativa no início

Qualitativas		Quantitativas
A investigação qualitativa permite estabelecer as condições para a realização de uma investigação quantitativa.		
Realização de observação participante; entrevistas de profundidade ou grupos focais com o que se consegue: . converter a teoria ou pré-noções em fórmulas mais elaboradas . desenvolver hipóteses . criar ou identificar indicadores . construir tipologias	→	Realizar um levantamento populacional

Modelo 2: a investigação quantitativa ao início

Existe outro modo de se proceder quando se tem um desenvolvimento teórico que seja adequado, mas o investigador não está satisfeito com as hipóteses, ou seja, tem dificuldades para interpretar alguns resultados. Ou, quando o investigador está ainda no início de um desenvolvimento teórico e quer realizar uma prova dos pressupostos

que sustenta um tema da investigação, dos quais não está totalmente seguro para poder elaborar hipóteses que sejam submetidas à prova e, nesses casos, realiza um inquérito analisando estatisticamente os dados para poder avançar no conhecimento e elaborar hipóteses. Ou, quando se obtêm alguns resultados estatísticos que constituem um enigma para o investigador, pois são demasiado surpreendentes. Em todos esses casos, a investigação qualitativa permite interpretar os dados quantitativos obtidos de uma investigação ou de um trabalho de arquivo e processamento de fontes secundárias.

Para realizar essa interpretação dos dados quantitativos, é possível utilizar diferentes procedimentos. Um deles, utilizado com sucesso, foi selecionar uma subamostra da população, que fazia parte do estudo de onde se originaram os dados estatísticos, e proceder à realização de entrevistas de profundidade, tomando como base o questionário respondido, buscando justificativa e explicação das respostas. Esta subamostra é possível de ser obtida por meio de um procedimento de seleção aleatório sistemático, que pode incluir, por exemplo, 10% da amostra total, ou pode ser feita com uma amostragem teórica em que, de maneira opinativa e não aleatória, se selecionam alguns casos por considerá-los representativos de uma determinada forma de responder ao questionário.

Outro procedimento muito útil é o de reunir pessoas, que foram pesquisadas numa sessão de discussão dos resultados obtidos, num grupo focal em que se apresentam as porcentagens obtidas com uma ou outra modalidade de resposta, perguntando ao grupo porque eles acreditam que alguém opinou desta ou daquela forma. Neste caso, a seleção pode ser feita por afinidade ou por contraste, ou seja, colocar numa sessão todos aqueles que, por exemplo, responderam 'sim' a uma determinada pergunta e, na seguinte, aqueles que responderam 'não'; ou, ao contrário, misturá-los para permitir a confrontação e aprofundar os argumentos lado a lado. Ambas as possibilidades têm suas vantagens, ainda que nós tenhamos preferido a segunda maneira de organizar o grupo, ou seja, privilegiamos a diferença e não a semelhança.

Com estes resultados, o investigador poderá sentar-se para analisar os dados quantitativos da sua pesquisa e interpretá-los com a ajuda de resultados qualitativos, que lhe servirão de suporte para as

explicações dos resultados obtidos e para a construção de conclusões mais sólidas, não somente por ser o produto de sua confrontação individual com os dados, mas sim pelo diálogo com os próprios indivíduos, que deixam de ser números e agregados e passam a ser atores.

Nós sabemos que os dados não falam por si só, sabemos que requerem uma teoria para que façam sentido e para que possamos pô-los a funcionar a favor ou contra uma conjectura qualquer. Mas, neste processo de reconstrução do objeto de estudo, a incorporação de uma dimensão qualitativa é de grande utilidade para que seja dado um sentido aos dados estatísticos.

Em um estudo que fizemos sobre as classes sociais na Venezuela, foi elaborado um conjunto de procedimentos matemáticos que permitiram estabelecer, teoricamente, a distinção entre classes sociais; em seguida, foram realizadas entrevistas indagando sobre os hábitos, pertences, gostos, rendas e gastos, educação dos indivíduos e suas famílias etc. Com estes dados foram elaborados os *clusters*, que representavam estratos sociais com medidas simplificadas de modo de vida, ou seja como 'tipos ideais' de uma segmentação social. Mas isto resultava muito frio, e assim ficou decidido que, de cada um dos seis estratos sociais identificados, nós deveríamos realizar histórias de vida que mostrassem a singularidade dos indivíduos, que refletiam a sua classe e estrato social, revelando, na sua biografia, que eram muito mais do que o estrato social ao qual pertenciam (Briceño-León, 1992).

Em uma outra oportunidade, participávamos de um estudo multicêntrico sobre as atitudes e normas com relação à violência em sete cidades da América Latina, uma nos Estados Unidos e outra na Espanha. O estudo deveria ser feito em contextos cultural e politicamente diferentes com três idiomas distintos. Foi grande o esforço para, em primeiro lugar, unificar as perguntas, em seguida, fazer a tradução entre os vários idiomas e a adaptação às particularidades das frases do castelhano coloquial falado em cada país, de forma o mais fiel possível à idéia comum.

O inquérito foi feito com uma amostra de probabilidade polietápica e os resultados deveriam ser trabalhados numa base de dados comum. Após muito esforço, conseguiu-se concluir o estudo do qual surgiram resultados muito interessantes sobre as magnitude da violência entre os jovens, mas não sabíamos bem o que acontecia com

a subjetividade daqueles homens pobres que matavam e estavam dispostos a morrer na violência cotidiana.

A partir daí, decidimos que deveríamos proceder à realização de estudos qualitativos que permitissem captar tal subjetividade. Começamos um estudo com entrevistas de profundidade com os jovens reclusos em prisões destinadas aos menores de idade, que tinham cometido assassinatos ou atos violentos. Tratava-se de fazer uma história de suas curtas vidas para verificar como ingressavam no mundo da violência e quais fatores desencadevam o comportamento violento. Alguns meses depois, escutando estas entrevistas, os dados quantitativos começaram a ter uma leitura diferente (Briceño-León et al., 1997; Briceño-León, Camardiel & Ávila, 1999; Zubigalla & Briceño-León, 2001)

Quadro 5 – Modelo 2: a investigação quantitativa no início

Quantitativa	Qualitativa
Estabelecida a teoria	A investigação qualitativa é utilizada para poder interpretar os dados obtidos numa pesquisa
Realiza-se um levantamento populacional	
Obtêm-se os dados →	Seleciona-se uma subamostra para a realização de entrevistas em profundidade, organizam-se grupos focais para discutir ou aprofundar os resultados

Modelo 3: execução paralela da investigação quantitativa e qualitativa

O propósito deste modelo é captar dimensões diferentes da realidade numa investigação em que se presume que se tenham claras a teoria e as hipóteses, e que, portanto, se está apto a mensurar adequadamente as variáveis que se pretende estudar, e, igualmente, se deseja ilustrar, de uma maneira descritiva e qualitativa o mesmo fenômeno que está sendo avaliado. Neste modelo, diferentemente dos anteriores, não se faz necessário um tipo de investigação para assinalar o outro; ambos existem com força própria, ambos têm suas metas a alcançar

com suas estratégias singulares metodológicas, portanto, não existe uma prioridade temporal ou conceptual entre um e outro componente; ambos podem ser feitos ao mesmo tempo.

Este modelo permite ter duas visões sobre um fenômeno, propiciando um estudo mais ameno ao leitor e mais consistente nos seus resultados. Nós o utilizamos de diversas maneiras. Por exemplo, em um estudo sobre os valores do trabalho e riqueza, realizamos, paralelamente, um inquérito populacional com uma amostra aleatória estratificada multifásica e com uma amostra seletiva para a realização dos histórias de vida. O trabalho foi realizado em quatro cidades da Venezuela onde tínhamos montado duas equipes de campo e um grupo coordenador. A equipe encarregada da pesquisa era integrada por estudantes de sociologia ou sociólogos e antropólogos recém-formados. A equipe encarregada das histórias de vida era integrada por estudantes do doutorado em ciências sociais, que eram os meu alunos. O grupo coordenador recebia, a cada dia, as pesquisas feitas e lia o conteúdo tanto para efeito de validação como para proceder à seleção dos candidatos para a realização das histórias de vida.

Como a equipe de investigação qualitativa chegava no terreno uma semana após o grupo da investigação quantitativa, havia tempo suficiente para a equipe coordenadora escolher as pessoas cujas respostas permitissem vislumbrar uma história de vida interessante e com valor heurístico. Antes de tomar a decisão, chamava-se um assistente que tinha feito a pesquisa, o qual era indagado sobre a pessoa a ser entrevistada, sua fluidez na ocasião da apresentação. Uma vez tomada a decisão, selecionava-se um entrevistador que procedia à solicitação do primeiro encontro, ao qual deveriam ir tanto o primeiro pesquisador como o entrevistador que ia realizar a história de vida posteriormente. A partir desse momento, o trabalho tornava-se independente. Cada equipe mantinha sua própria dinâmica até o momento da apresentação das primeiras saídas estatísticas quando, novamente, as equipes voltavam a se reunir para confrontar tanto as freqüências e os *clusters* que estavam sendo construídos como os resultados das histórias de cada um daqueles indivíduos que, num resultado eram um número, uma medida estatística e, no outro, diante da análise qualitativa, se transformava numa pessoa singular com a sua história (Briceno-León, 1996).

Quadro 6 – Modelo 3: ambas as investigações realizadas paralelamente para dar visão de conjunto

Quantitativa	Qualitativa
Estabelecidas teoria e hipóteses, realiza-se o levantamento da magnitude do problema da investigação	Selecionadas as subamostras, são realizadas entrevistas de profundidade ou histórias de vida para se obter uma visão profunda e rica dos detalhes do fenômeno

Modelo 4: ambas as técnicas se alternam para avançar no conhecimento

Finalmente, o quarto modelo que propomos trata de um processo complexo de interação entre as diversas técnicas de investigação, que trazem elementos e perspectivas distintas em cada passo, retomadas pelo processo seguinte, para acrescentar uma nova dimensão e um novo grau de refinamento no conhecimento e na consistência dos resultados.

Este tipo de modelo requer muito mais tempo de investigação e de recursos superiores, pois implica um volume de trabalho muito maior. O que o torna singular, porém, é o grau de complexidade crescente que se tem na metodologia e não o seu tamanho ou custos, pois existem outros desenhos que utilizam um só instrumento de coleta de informação, como uma investigação com vários domínios amostrais que pode ser igual ou mais cara, mesmo sendo muito mais simples.

Neste caso, trata-se de recuperar as virtudes que cada uma das técnicas de investigação quantitativa ou qualitativa possui e pontencializá-las para dar lugar a outra, num avanço contínuo em espiral de complexidade do processo de investigação e de conhecimento.

Neste modelo, pode-se começar com um estudo qualitativo do tipo exploratório utilizando observação participante ou entrevistas abertas para poder conhecer mais o tema de investigação, implementar aspectos que derivam da teoria, detalhar processos que se conhecem muito imprecisamente. Com esta informação é possível desenvolver hipóteses e preparar um questionário para poder conhecer como as

falhas que foram encontradas numa pequena mostra seletiva se expressam no nível de toda a população.

Desse modo, são dadas as condições para que uma entrevista ou pesquisa seja aplicada sobre o universo da população, selecionando uma amostra probabilística e coletando informação quantitativa. Uma vez concluído o inquérito ou entrevista e processados os dados, é possível obter informação sobre quais variáveis ou quais associações são estatisticamente significativas, tornando, portanto, factível iniciar um processo para aprofundar estas características, restringindo ou eliminado aquelas não significativas e concentrando-se no que foi importante.

Nesse momento, é possível utilizar entrevistas em profundidade que permitam indagar sobre cada um dos aspectos ou realizar um processo de 'investigação-ação' no qual se pode intervir em algumas das variáveis e ver como se comportam quando as modificamos. Daí se tem uma experiência em que será possível observar em detalhe a inter-relação das variáveis, sem que exista um controle completo, pois se trata de um quase experimento. Esta informação poderia ser suficiente para desenhar, agora sim, uma investigação de caráter experimental, na qual se põem à prova as hipóteses que vinham sendo incubadas desde as primeiras observações. O experimento constitui o ponto máximo da verificação de uma hipótese. Porém, os experimentos não são fáceis de serem realizados nas ciências sociais, ao menos os cientificamente controlados, já que na atividade dos governos e na ação política se realizam muitos experimentos lamentáveis, sem qualquer rigor na avaliação.

Este quarto modelo foi por nós utilizado durante a investigação sobre os condicionamentos sociais de convívio que permitem a transmissão da doença de Chagas. Como se sabe, esta terrível doença, que não tem cura, é transmitida por um inseto que se aloja nas casas e que se alimenta do sangue dos seus moradores.

Quando começamos a trabalhar no tema, não tínhamos muito claros alguns aspectos que a bibliografia reportava, tampouco era claro como poderíamos trabalhar algumas dimensões que derivavam das formulações teóricas nas quais nos apoiávamos. Decidimos iniciar o trabalho com um plano de observação participante; começamos a visitar famílias da área endêmica e a conversar extensamente com as pessoas sobre as suas vidas e sobre as suas casas. Estes diálogos eram

registrados em fichas de campo que eram discutidas diariamente, toda noite, com os grupos de trabalho e, semanalmente, com toda a equipe.

De posse de alguns critérios sobre que aspectos deveríamos propor indagações, elaborou-se uma lista de temas que deveriam ser focalizados em algumas entrevistas abertas, mais ou menos formais, dependendo das circunstâncias. As entrevistas eram igualmente registradas nos diários de campo e discutidas pelo grupo.

Uma vez estabelecido um processo de saturação da informação, ou seja, em que as mesmas informações estavam se repetindo, o processo foi detido, passando-se à elaboração das hipóteses, à construção dos indicadores para cada uma delas e à elaboração dos instrumentos de coleta de informação. Elaborou-se um questionário e foram adaptados alguns testes psicossociais para a população campestre, com o que se iniciou um censo das casas das zonas rurais de um município, incluindo uma entrevista para o chefe da família e um plano de observação da vivenda.

Durante um ano levantaram-se informações e foram processados os dados. Realizada a análise estatística, resultou significativa a possibilidade de predizer a existência de uma moradia que permitiria colonização do vetor da doença de Chagas, as variáveis de renda-ocupação e das expectativas gerais de controle futuro dos indivíduos. As outras variáveis, como propriedade da terra, valor da moradia ou estabelecimento, destacadas pela bibliografia não foram significativas.

Mas este era um resultado com base no passado. Agora, como se comportariam essas variáveis em relação ao futuro? Se as pessoas tinham casas que não impediam a presença do inseto, porque não tinham renda suficiente nem bastante confiança em si mesmas, isso significava que se lhe déssemos o dinheiro para que comprassem materiais de construção e incrementássemos a confiança no controle do seu futuro, elas melhorariam suas casas, que era a nossa variável dependente?

Foi então que empreendemos uma 'investigação-ação' em um pequeno povoado, onde, junto ao governo do estado, iniciamos um projeto de melhoramento das casas com a participação comunitária. Tratava-se de intervir sobre as variáveis significativas, outorgando-lhes um crédito para que pudessem adquirir os materiais necessários para modificar suas moradias, materiais que não podiam ser obtidos diretamente da natureza, e desenhando-se um programa sensível de reforço da autoconfiança.

Como muitos dos camponeses não conheciam a técnica da construção que seus familiares haviam utilizado por séculos, contratamos um mestre construtor para ensinar a tecnologia apropriada que estávamos promovendo, para que se impedisse a permanência do inseto na casa. Os investigadores mantinham um diário de campo detalhado de cada visita às casas, registrando as mudanças de moradia e das pessoas. Após quase um ano de iniciado o processo, aplicou-se um questionário aos residentes. Os resultados foram surpreendentes – as casas, que ficaram mais de dez anos sem modificação, foram melhoradas em poucos meses pelos mesmos habitantes.

Porém, não sabíamos o que havia influído mais na notável melhoria das casas, se o crédito ou as mensagens de reforço de confiança dos indivíduos, pois não era possível diferenciar um efeito do outro. Foi então que decidimos passar para um nível de verificação mais contundente e nos baseamos no desenho de um experimento no qual pudéssemos discriminar os efeitos de cada uma das variáveis.

Então, desenhamos um estudo com o esquema clássico de dois por dois, de modo a ter quatro grupos de estudo: no primeiro, dava-se um crédito, mas não educação nem mensagens de confiança; no segundo, fazia-se educação, mas não se dava o crédito; no terceiro, estudaríamos a interação entre ambos os efeitos: se lhes dava educação e crédito; e, finalmente, o quarto grupo era o controle, para o qual não se dava nem educação nem crédito. O desenho permitia tornar aleatórias umas variáveis e controlar as outras e a atribuição a cada um dos tratamentos foi estabelecida pelo azar.

A cada uma das famílias pediu-se um consentimento informado de sua participação no projeto. No início dos três anos que durou o projeto, aplicou-se um pré-teste seguido de vários testes intermediários e outro mais no final do projeto. Os resultados foram estudados com a análise da variância e encontrou-se que o crédito era a variável significativa para a modificação da vivenda, mas que o valor mais importante de tal variável era obtida quando se combinava com a educação, pois permitia continuar as modificações da vivenda no tempo, quando o crédito se havia esgotado (Briceño-León, 1990, 1993, 2001).

O período completo de trabalho neste modelo levou seis anos de atividade, mas durante esse tempo, foram sendo refinados os saberes,

o que foi possível ao se combinarem as distintas metodologias qualitativas e quantitativas, em forma seqüencial ou paralela.

Quadro 7 – Modelo 4: ambas as investigações se alternam no tempo buscando precisão

Qualitativa	Quantitativa
1. Observação participante e entrevistas não estruturadas para identificar aspectos adicionais relevantes à teoria →	
	2. Levantamento da população geral para verificar a presença e magnitude dos aspectos considerados →
3. Investigação-ação para observar como se comportavam as variáveis de uma maneira ativa →	
	4. Desenho experimental para poder estabelecer diferenças entre as diferentes variáveis que intervêm no processo

Conclusão

Existem investigadores que são 'fundamentalistas' no momento de escolher as metodologias e técnicas de investigação. Para eles só há uma verdade, e os demais, que não compartilham com ela, estariam errados; para estes novos talibans, há que manter a pureza da metodologia a qual se filia sua orientação. No nosso parecer, tal posicionamento não tem um sentido maior; muito pelo contrário, sustentamos que a multiplicidade de aproximações metodológicas e a visão pluriparadigmática das teorias é muito útil. Foi isso que tentamos esboçar e resumir nas páginas anteriores.

Talvez, a grande diferença entre uma e outra postura esteja no tipo de pergunta que o investigador faz. Conforme a pergunta que se faça seja como ser fiel a um método ou a uma determinada teoria, ou, então, seja como ser fiel à realidade, respostas completamente diferentes serão obtidas. Caso se queira ser fiel ao método, não é possível realizar as combinações que estamos propondo. Mas, se o importante não é a pureza do método, mas sim a capacidade de dar respostas aos

objetivos da investigação, a capacidade para compreender um processo social ou o comportamento dos indivíduos, a integração dos métodos quase se converte em uma necessidade.

Se somos alheios aos fundamentalismos e aceitamos que o ecleticismo é uma virtude na investigação, nem por isso o uso de uma só metodologia tem de significar que a investigação deva ser mais simples ou mais pobre, ou que tenha limitações para compreender uma determinada realidade. Tampouco é verdade que pelo simples fato de combinar os métodos se tenha uma investigação melhor. O que afirmamos é que seriam melhores as possibilidades de compreender uma realidade. Aqui existe uma situação similar descrita por Popper (1972), referente às virtudes da clareza e coerência na investigação: a clareza de uns resultados não nos permite afirmar que estes sejam verdadeiros, mas a confusão, sim, pode indicar um erro. A coerência não assegura que as propostas sejam verdadeiras, mas a incoerência pode assinalar uma falsidade. Igualmente, o estudo de um fenômeno social integrando diversas metodologias não permite concluir que os resultados sejam mais poderosos, mas a oposição, ao ver o mesmo feito sob diferentes perspectivas metodológicas, pode ser um sinal de fragilidade.

Os quatro modelos de integração que propusemos são o produto de nosso trabalho e experiência. Não acreditamos que sejam as únicas maneiras de integrar as metodologias e as técnicas. É possível que talvez se encontrem muitas mais. Nós preferimos falar e escrever somente sobre a metodologia que usamos, pois sabemos bem que ela é factível e que poderá ser repetida por outra pessoa. Mas, talvez, possam derivar-se muitas novas combinações e modos de integração; no fim, nossos conhecimentos são sempre limitados e a nossa ignorância infinita.

Referências Bibliográficas

BACHELARD, G. *La Formación del Espíritu Científico*. Buenos Aires: Siglo XXI, 1972.

BRICEÑO-LEÓN, R. *El Comportamiento del Venezolano ante el Trabajo y la Riqueza*. Caracas: Laboratorio de Investigaciones Sociales: Centro Nacional de Ciências y Tecnologia, 1989.

BRICEÑO-LEÓN, R. *La Casa Enferma: sociología de la enfermedad de Chagas*. Caracas: Fondo Editorial Acta Científica Venezolana/Consorcio de Ediciones Capriles, 1990.

BRICEÑO-LEÓN, R. *Venezuela: clases sociales e individuos*. Caracas: Fondo Editorial Acta Científica Venezolana, 1992.

BRICEÑO-LEÓN, R. Social aspects of Chagas disease. In: LINDEBAUM, S. & LOCK, M. (Eds.) *Knowledge, Power and Practice: the anthropology of medicine and everyday life*. São Francisco: University of California Press, 1993.

BRICEÑO-LEÓN, R. Ética de la riqueza en Venezuela. *Espacio Abierto: Cuaderno Venezolano de Sociología*, 5(3): 399-422, 1996.

BRICEÑO-LÉON, R. Mud, bugs and community participation: remodelling village houses to erradicate vector-borne disease. In: HIGGINBOTHAN, N.; BRICEÑO-LEÓN, R. & JOHNSON, N. (Eds.) *Applying Health Social Science: best practice in the developing country*. Londres: Zed Books, 2001.

BRICEÑO-LÉON, R.; CARMADIEL, A. & AVILA, O. Violencia y actitudes de apoyo a la violencia en Caracas. *Fermentum*, 9(26): 325-354, sep.-dic. 1999.

BRICEÑO-LEÓN, R. et al. La cultura emergente de la violencia en Caracas. *Revista Venezolana de Economia y Ciencias Sociales*, 3(2-3): 195-214, 1997.

DILTHEY, W. *Introducción a las Ciencias del Espíritu*. Madri: Alianza Editorial, 1970.

DURKHEIM, E. *Le Suicide*. Paris: Quadrige/Press Universitaires de France, 1999.

GADAMER, H-G. *Truth and Method*. Nova Iorque: Continuum, 1997.

GARFINKEL, H. *Studies in Ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press, 1967.

GOFFMAN, E. *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu, 1970.

LAZARFELD, P.; JAHODA, M. & ZEISEL, H. *Les Chomeurs de Marienthal*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1981.

LEBART, L. & SALEM, A. *Analyse Statistiques des Donnes Textuelles*. Paris: Dunod, 1988.

MERTON, R. K. *Teoría y Estructuras Sociales*. México: F.C.E., 1964.

MINAYO, M. C. de S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

POPPER, K. R. *Conjetures and Refutations: the growth of scientific knowledge*. Londres: Routledge and Kegan Paul, 1972.

RODRÍGUEZ, V.; AVILA, O. & BRICEÑO-LEÓN, R. Satisfacción de los usuarios y disposición a pagar por los servicios médicos. *Espacio Abierto: Cuaderno Venezolano de Sociología*, 6(2): 321-338, mayo-ago. 1997.

SCHEPER-HUGHES, N. *Death Without Weeping: the violence of everyday life in Brazil*. Berkeley: University of California Press, 1992.

SOROKIN, P. A. *Fads and Foibles in Modern Sociology and Related Sciences*. Chicago: Regnery, 1956.

WELLER, S. C. & ROMNEY, A. K. *Systematic Data Collection*. Londres: Sage Publications, 1988.

ZUBILLAGA, V. & BRICEÑO-LEÓN, R. Exclusión, masculinidad y respeto: algunas claves para entender la violencia entre adolescentes en barrios. *Nueva Sociedad*, 173: 34-78, mayo-jun. 2001.

Parte IV

Desigualdades, Diferença em Saúde

11 Das Diferenças às Desigualdades: reflexão sobre o conceito de saúde reprodutiva nas ciências sociais

Lucila Scavone

O reconhecimento científico da importância da utilização de uma abordagem de gênero na análise dos processos sociais resultou na inclusão de novos conceitos nas ciências sociais, especialmente no campo de saúde, que, pelas características de seu objeto, trata questões que envolvem a relação de homens e mulheres. Não foi por acaso, nem por modismo temático, que parte considerável da produção dos estudos de gênero no Brasil se desenvolveu neste campo.

Portanto, o objetivo deste texto é discutir a inclusão do conceito de saúde reprodutiva na sociologia da saúde, buscando mostrar suas principais influências teóricas, necessidades práticas e desdobramentos políticos. Cabe lembrar que este conceito, em sua origem, partiu do rompimento com o determinismo biológico presente nas reflexões positivistas, reivindicando o respeito às diferenças e contestando as desigualdades sociais e sexuais.

Para melhor refletir sobre este conceito, temos, antes de tudo, que nos remeter à principal influência teórica e política dos estudos e pesquisas de gênero na área da saúde: o feminismo contemporâneo. Com base nas idéias de autonomia, diferença e alteridade discutidas por filósofos pós-estruturalistas e valendo-se dos problemas reais que afligiam e ainda afligem as mulheres,[1] a abordagem feminista sobre

---

[1] Entre os problemas que há alguns anos vêm afligindo a saúde das mulheres brasileiras e que atualmente se expressam em questões de saúde pública, destacam-se: alta taxa de esterilizações femininas (40,1% das mulheres em união, usando contracepção, em 1996, estavam esterilizadas, Bemfam et al. 1997); a cifra importante de abortos clandestinos (1.400.000 por ano, The Alan Guttmacher Institute, 1994); a alta incidência de cesarianas (36,4% em 1996, Bemfam et al. 1997). Além destes, podemos citar a alta taxa de mortalidade materna em decorrência de gravidez, partos ou abortos; alta taxa de câncer de colo de útero e de mama; disseminação feminina da epidemia da Aids/HIV, entre outros.

saúde estava associada a uma concepção de 'conhecimento' e '(re)apropriação' do próprio corpo – este, emblemático da dominação masculina e objeto por excelência da sociologia da saúde –, dando lugar a uma das máximas feministas do final dos anos 60: "nosso corpo nos pertence".

Para além da herança liberal contida neste princípio, a 'crítica' ao controle social do corpo das mulheres se afinava com uma proposta mais radical, que rompia com a tradição feminista ancorada na luta pelos direitos civis: a (re)apropriação do corpo significava trazer as questões do domínio privado para o debate público e, mais ainda, fazia do corpo um sujeito político, politizando o espaço privado na sua mais recôndita intimidade. Não se tratava mais de uma ampliação de direitos ou somente da conquista de direitos específicos, mas, sobretudo, de questionar profundamente o sistema de 'gênero' que perpassava o conjunto das relações sociais.

O estatuto político atribuído ao domínio afetivo-sexual e reprodutivo mostrava que o espaço privado era articulado por relações de poder, dominação e hierarquia, nas quais as mulheres constituíam o pólo dominado. Palavras de ordem de todos os tipos refletiam as reivindicações do direito à livre escolha da maternidade e, conseqüentemente, de todos os seus desdobramentos – especialmente contracepção e aborto livres e gratuitos –, colocando no espaço público as fortes contradições que vigoravam no espaço privado.[2]

A explicação causal de que as diferenças biológicas entre homens e mulheres determinavam socialmente as desigualdades sexuais foi amplamente contestada pelo movimento feminista e também expressa em outro *slogan*, que correu mundo na mesma época: "diferentes, mas não desiguais". Se esta afirmação questionava o determinismo biológico das desigualdades sexuais, por outro lado, afirmava as diferenças. Numa perspectiva feminista, a afirmação das 'diferenças biológicas' buscava desconstruir as implicações dessas diferenças nas relações sociais e na vida intelectual,[3] enquanto, numa perspectiva positivista, buscava

[2] Falar no passado não significa que estes problemas tenham se resolvido; ao contrário, eles persistem em diferentes contextos. Veja-se, por exemplo, a situação de ilegalidade do aborto na maioria dos países latino-americanos.

[3] Harding (1993) refere-se à dificuldade de as categorias analíticas feministas reconhecerem as diferenças biológicas, ao mesmo tempo em que rompem com o determinismo biológico, ou seja, não fazer dessas diferenças uma fatalidade para a vida dos homens e das mulheres.

mantê-las. Este rompimento com o biodeterminismo deu a direção para as análises de gênero da sociologia da saúde. A emergência de noções específicas – como saúde das mulheres, saúde reprodutiva e direitos reprodutivos, entre outras – ilustra esta tendência. Produzidos no movimento feminista, estes conceitos foram incorporados pelas pesquisas nas ciências sociais, dando visibilidade às desigualdades sexuais e sociais na saúde.

A construção do conceito de saúde das mulheres tornou visível política e socialmente a questão de gênero na saúde, da mesma forma que o conceito de saúde do(a) trabalhador(a) fez do problema da saúde no trabalho uma questão social e política. Tratava-se de recusar a definição única do corpo feminino construída pela medicina e de colocar a "subjetividade, a vivência das mulheres – a sexualidade, o amor – num discurso sobre saúde" (Gaucher, Laurendeau & Trottier, 1982: 144). Buscava-se, também, recuperar um saber historicamente desenvolvido pelas mulheres por meio da experiência adquirida com seu ciclo reprodutivo: a menstruação, a gravidez, o parto, a amamentação, o puerpério, entre outras.

Estas teorias, associadas às práticas militantes dos grupos de reflexão, traziam a público uma outra concepção de saúde, à qual se incorporava a idéia de 'autonomia' da vida afetiva, sexual e reprodutiva das mulheres e o conhecimento sobre saúde. Elas também expressavam a crítica à razão absoluta da ciência médica, a qual passou a ser um elemento, entre outros, na busca pela saúde.

Foi com base nestas questões que, nos anos 80, surgiu a definição mais específica de saúde reprodutiva das mulheres, construída dentro do Movimento Feminista Internacional e que procura abranger todos os problemas de saúde ligados à reprodução (contracepção, aborto, pré-natal, parto, câncer de mama e colo, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência, entre outros).

Nesta ótica, os problemas relacionados à reprodução, especialmente à maternidade, não eram considerados fatalidade biológica, nem determinantes da situação social das mulheres, mas resultantes das relações de gênero. Por outro lado, a adoção deste conceito fez (e ainda faz) oposição às políticas de controle populacional, sobretudo nos países do Sul. Além disso, possibilitou novas abordagens das questões reprodutivas, analisando-as mediante outros prismas que não os

estritamente médicos, como os aspectos subjetivos, políticos, econômicos, sociais e culturais. Este conceito também deu visibilidade ao trabalho que as mulheres desempenham na reprodução e na saúde da família (Cresson, 1991), relacionando, pela via do espaço privado, saúde, trabalho e gênero.

A utilização política do conceito de saúde reprodutiva feminista proporcionou às mulheres, mediante a luta pelo acesso à contracepção e pelo direito ao aborto nos países do Norte, condições de se apropriar do controle de seu potencial reprodutor e de sua reprodução efetiva, fazendo da maternidade uma escolha, não mais uma fatalidade biológica (De Koninck, 1996). De fato, a maternidade foi considerada durante muito tempo como o eixo central da situação que as feministas marxistas denominavam opressão das mulheres, pois sua realização determinava o lugar delas na família e na sociedade. Assim, a recusa consciente da maternidade (pela contracepção e/ou aborto) significava muito mais do que negá-la como fatalidade biológica, mas, também, a possibilidade de conquista da 'autonomia' feminina (Scavone, 1995).

Este debate nos mostra que os conceitos surgem de realidades histórico-sociais precisas e, portanto, têm uma dimensão teórica e empírica, cuja inter-relação nos possibilita compreender como eles foram e são utilizados, e quais são suas repercussões nas diferentes sociedades. O conceito de saúde reprodutiva é teórico ao abordar a característica reprodutiva das mulheres (gravidez, parto, amamentação, maternidade) como problemática universal de gênero. Esta universalidade, entretanto, não é absoluta, é tratada com base numa abordagem relacional e histórica, buscando identificar os aspectos decorrentes de uma situação de 'dominação e poder' masculinos (na relação com o companheiro, com os médicos e com as instituições de saúde) e os aspectos decorrentes de um outro pólo de poder no qual as mulheres têm primazia (pelo autoconhecimento de seus corpos, pelo domínio da contracepção, pela realização ou recusa da maternidade), ambos em tensão na luta política pela transformação das condições de saúde das mulheres. Por outro lado, ele evidencia as questões empíricas ao tratar a saúde reprodutiva em cada contexto particular, colocando no palco seus problemas mais urgentes, as reflexões, lutas e soluções que a ela são dadas.

Em síntese, a origem do conceito de saúde reprodutiva está ligada à luta pela 'autonomia reprodutiva' das mulheres, que era então considerada condição *sine qua non* para a igualdade entre os sexos. Talvez por isto este conceito até hoje está freqüentemente atrelado à noção de 'direitos reprodutivos'. Esta autonomia implicava, então, a luta pela apropriação do próprio corpo, a crítica à 'medicalização' do mesmo e, por fim, a luta pelos direitos reprodutivos básicos, expressos no princípio da livre escolha da maternidade, ou seja, contracepção e aborto livres e gratuitos.[4]

Os Desdobramentos do Conceito e sua Institucionalização

A difusão deste conceito extrapolou o feminismo e ele passou paulatinamente a ser utilizado por organismos políticos governamentais. No final da década de 80, por exemplo, o Banco Mundial publicou o 'Relatório sobre a Saúde Reprodutiva da Mulher no Brasil', um estudo detalhado sobre os principais problemas reprodutivos das brasileiras, segundo o qual o conceito já estava sendo assimilado pelos organismos internacionais (World Bank, 1990).

Após a Conferência do Cairo de 1994, o conceito de saúde reprodutiva foi definitivamente adotado pelos organismos internacionais, sobretudo a OMS, que inspirou sua nova enunciação com base em seu conhecido conceito de saúde: pleno bem-estar físico, mental e social que não consiste apenas na ausência de doenças. Utilizado em todo o mundo, a partir de 1946, este conceito tem como referência um modelo de saúde idealizado e a 'ser alcançado', cuja característica holística supera a divisão saúde/doença, servindo como padrão para definir os aspectos específicos da saúde, entre eles o sexual e o reprodutivo.

O paradigma subjacente a este conceito é o do elogio a um mundo no qual a ciência e a técnica vão ocupar cada vez mais um lugar de destaque: é, pois, mediante a prática da tecnociência médica,

[4] O conceito de medicalização foi definido pela primeira vez por Illich (1975) para designar a extensão das práticas médicas mediante os cuidados médicos, em todas as esferas e fases da vida, nas sociedades industrializadas modernas. O autor construiu uma crítica virulenta da medicalização, evidenciando que, na maioria das vezes, do ponto de vista individual, ela é inútil, custosa e até prejudicial à saúde.

resultante do avanço industrial e do desenvolvimento, que a condição de pleno bem-estar fica atrelada a um projeto de sociedade ideal, transformando a saúde numa utopia.

No mesmo percurso de elogio ao bem-estar, o conceito de saúde reprodutiva transformou-se, segundo a ótica dos organismos internacionais em:

> um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não a simples ausência de doenças ou enfermidades. Isto implica a capacidade de desfrutar uma vida sexual satisfatória e sem riscos, de procriar e ter liberdade para decidir fazê-lo ou não fazê-lo, quando e com qual freqüência. Nesta última condição está implícito o direito do homem e da mulher de obter informações sobre métodos de sua escolha para regular a fecundidade, assim como outros métodos de regulação da fecundidade que não estejam legalmente proibidos, o acesso a métodos seguros, eficazes, exeqüíveis e aceitáveis, e o direito de receber serviços adequados de atenção à saúde que permitam gravidez e partos sem riscos e dêem aos casais as máximas possibilidades de ter filhos sadios. (CIPD, 1994)

Se, por um lado, este enunciado buscou recuperar alguns dos conteúdos presentes no conceito feminista, sobretudo da noção liberal clássica de 'indivíduo livre e de direitos', por outro, ele se afastou do mesmo, uma vez que retoma o paradigma utópico da saúde, neutralizando as contradições sociais, econômicas e políticas que estão presentes na realidade do cotidiano da saúde. Num aspecto, a característica utópica salienta aquilo que é irrealizável na saúde (principalmente, nos países do Sul); noutro, aceita um modelo de saúde (mais próximo dos países do Norte) que, por designar um ideal a realizar, alimenta a esperança desta realização.

A ciência e a tecnologia contribuem na construção desta utopia, buscando cada vez mais 'técnicas contraceptivas eficazes e seguras' que garantam o 'pleno bem-estar reprodutivo' dos indivíduos. Entretanto, foi justamente a ideologia da eficácia e da segurança na contracepção que permitiu o avanço das pesquisas de contraceptivos pesados, como, por exemplo, o implante hormonal subcutâneo (Norplant®) e o injetável hormonal (Depo-Provera), cujos efeitos na

saúde das mulheres dos países do Sul – onde, em geral, são testados e liberados – foram assinalados em diversos trabalhos (Dacach & Israel 1996; Correa, 1994).

Dadas as desigualdades entre os países do Norte e os do Sul, esta concepção de saúde reprodutiva fica mais garantida aos primeiros, onde muitas conquistas já estão asseguradas, principalmente quanto a direitos básicos de informação, amplo acesso aos serviços de saúde, maior controle dos efeitos secundários das técnicas contraceptivas mediante acompanhamento médico obrigatório e livre acesso ao aborto. Todavia, alguns aspectos da saúde reprodutiva – como a utilização de práticas contraceptivas consideradas de ponta (a exemplo das citadas) em mulheres pobres e/ou imigrantes – revelam que as desigualdades sociais associadas à contracepção também existem (e persistem) nos países do Norte (Bretin, 1992).

O conceito de saúde reprodutiva pós-Cairo buscou contemplar e, em certa medida, normatizar a saúde reprodutiva das mulheres dos países do Sul e das mulheres pobres do planeta. Sua enunciação foi produto de negociações, que incluíram reivindicações políticas de organizações não governamentais feministas, com os interesses políticos das organizações internacionais, cujas metas, substancialmente, nunca foram as mesmas.

Entretanto, foram inúmeros os resultados dessas negociações, ressaltando-se a institucionalização do conceito e todas as conseqüências daí advindas. De um lado, observa-se o caráter positivo desta institucionalização, que inclui maior divulgação, conhecimento e visibilidade da problemática da saúde reprodutiva; maior compromisso das organizações governamentais e internacionais em torno das metas a alcançar; reconhecimento social do trabalho e reivindicações feministas nesta área.

De outro lado, os riscos da institucionalização não são desprezíveis. Primeiramente, trata-se de uma nova retórica por parte das organizações internacionais para tratar do controle populacional: a aplicação deste conceito seria mais consensual, não ferindo os princípios das ONGs feministas e de outros grupos opositores, enquanto os programas de controle do crescimento das populações pobres vão se cumprindo. Simons (1995) considera que o novo conceito manteria as políticas de controle populacional sob uma 'nova embalagem'.

Ressaltam-se, igualmente, as dificuldades de aplicação efetiva de políticas promotoras da cidadania reprodutiva em diferentes contextos políticos nacionais, com situações socioeconômicas de precariedade, nas quais as mulheres têm baixa escolaridade, e os serviços de saúde não têm condições de oferecer um atendimento qualificado que possa suprir a falta de informação das usuárias.

Estes desdobramentos do conceito de saúde reprodutiva mostram que são as questões políticas subjacentes ao campo da saúde que caracterizam o tom do debate. A busca de soluções para os problemas relacionados à saúde reprodutiva das mulheres está associada ao estabelecimento de programas políticos que, muitas vezes, atendem interesses alheios aos das mulheres, sobretudo quando são oferecidos como pesquisas experimentais de testes contraceptivos ou em campanhas pontuais que não têm necessariamente continuidade.

Em síntese, a trajetória do conceito de saúde reprodutiva evidencia que suas influências e ambigüidades estão associadas, de forma inequívoca, com um projeto político de sociedade e que sua utilização, se resgatada historicamente sob a perspectiva de gênero, pode dar visibilidade às desigualdades sexuais associadas à saúde. Este resgate histórico significa respeito às diferenças e a luta pelo fim das desigualdades na saúde.

Referências Bibliográficas

BEMFAM (Sociedade Civil pelo Bem-Estar Familiar no Brasil) et al. PNDS (Pesquisa Nacional Demografia e Saúde), 1997.

BRETIN, H. *Contraception: quel choix, pour quelle vie? Récits de femmes, parole de médecins*. Paris: Inserm, 1992.

CRESSON G. La santé, production invisible des femmes. *Recherches Féministes/ Femmes, Savoir, Santé*, 1(4), 1991.

CIPD. *Conferência Internacional sobre a População*. Cairo: Nações Unidas, 1994.

CORREA, S. O Norplant nos anos 90: peças que faltam. *Revista Estudos Feministas*, n.especial, p. 86-98, 1994.

DACACH, S. & ISRAEL, G. Norplant: ciência ou incons(ciência)? IN: SCAVONE, L. (Org.) *Tecnologias Reprodutivas, Gênero e Ciência*. São Paulo: Ed.Unesp, 1996.

DE KONINCK, M. La santé de la reproduction: un concept stratégique pour les analyses féministes. Colloque Internationale sur la Recherche Féministe dans la Francophonie, Quebec, 1996.

GAUCHER, D., LAURENDEAU F. & TROTTIER L. Parler de la vie l'apport des femmes à la sociologie de la santé. *Sociologie et Sociétés/Les Femmes dans la Sociologie*, XIII(2): 139-152, 1982.

HARDING, S. A instabilidade das categorias analíticas na teoria feminista. *Revista Estudos Feministas*, 1(1): 7-32, 1993.

ILLICH, I. A *Expropriação da Saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

SCAVONE, L. *Impasses e perspectivas futuras da maternidade: transformações na família e nas relações de gênero*. XXI Encontro Anual da Anpocs, GT Família e Sociedade. Caxambu, 1995.

SIMONS, H. Cairo: Repacking population control. *International Journal of Health Services*, 25(3): 559-566, 1995.

THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. *Aborto Clandestino: una realidad latinoamericana*. Nova Iorque, 1994.

WORLD BANK. *Brazil: women's reproductive health*. Report. Brasília, 1990.

12 Articulando Gênero, Sexo e Sexualidade: diferenças na saúde

Maria Luiza Heilborn

Até recentemente, as análises em sociologia da saúde focalizaram, sobremaneira, as desigualdades de classe social como a principal explicação para as diferenças nas formas de adoecimento e de cuidado com o corpo, bem como no acesso aos serviços de saúde. Novas abordagens, que incluem o tema das relações de gênero e as formas de gestão da sexualidade, introduziram outros horizontes na percepção do binômio saúde-doença que afeta homens e mulheres diferencialmente. As novas formas de compreensão acerca da influência do sexo, da sexualidade e do gênero na saúde tornaram esse campo de estudos mais complexo e certamente mais ajustado a uma dinâmica social em que as diferenças de classe são decisivas, mas se combinam com outras formas de classificação, igualmente promotoras de desigualdades.

Um dos grandes desafios que a reflexão sociológica sobre a saúde apresenta é saber dosar de que maneira os argumentos em torno do que se define como natural e cultural podem ser articulados. Este desafio tem sido freqüentemente lembrado (Alves & Rabelo, 1998) em balanços sobre a produção da área, salientando-se que, se, de fato, a saúde e a doença são realidades simbólicas, efeito de concepções que se articulam num dado momento, também é igualmente verdadeiro que não se pode ignorar a positividade do saber médico e a eficácia da prática de intervenção sobre o corpo que adoece. Prática e saber não são isentos de historicidade e, portanto, da impregnação simbólica (e política), o que remete à dimensão cultural.

Resta sempre indagar se o corpo reside nessa equação como 'apenas' o pólo natural. Certamente não, pois tudo o que diz respeito

ao sexo e à sexualidade parece revelar essas tensões de modo mais acentuado. O equilíbrio a ser buscado é para que não se resvale para um reducionismo fisicalista ou um reducionismo sociológico.

As ciências sociais têm produzido há três décadas um arsenal de categorias para discriminar as dimensões implicadas na diferença sexual, entendida como dimorfismo sexual da espécie. De um lado, o já difundido conceito de gênero veio salientar a dimensão de atribuição cultural e modelação dos corpos sexuados. Tais corpos – que podem ser olhados pela lente da medicina como aparatos cujo funcionamento deriva dos hormônios e de metabolismos específicos – são igualmente postos em marcha por maneiras particulares de socialização, que seguem as prescrições de gênero e classe social. Estes, por sua vez, carregam as insígnias de determinado momento da cultura e constituem marcas particulares de gestão das sensações corporais. Assim, devem-se considerar as vantagens de uma abordagem relativista que a análise sobre o corpo deve sempre conter.

De outro lado, o tema da sexualidade – entendida de maneira provisória como exercício da atividade sexual – vem sendo compreendido como produto de diferentes cenários culturais e não apenas como derivado de um funcionamento biopsíquico dos sujeitos. A ênfase sobre cenários socioculturais alude à premissa de que, se há características distintas entre homens e mulheres no tocante à vida sexual e na interface desta com a esfera reprodutiva, elas se devem a uma combinação de fenômenos que se processam nos corpos como efeito de processos complexos de socialização dos gêneros. Ocorre um imbricamento estreito entre sexualidade e gênero, que resulta em impactos na saúde. Os melhores exemplos disso são a epidemia do HIV e suas implicações na inviabilização das mulheres, num primeiro momento, como passíveis de serem doentes, e depois na categorização equivocada das razões de seu adoecimento, debitadas a uma hipotética e enviesada abordagem da promiscuidade feminina (Knauth, 1996). O segundo é o tema da gravidez adolescente. Neste caso, é assunto de um estudo multicêntrico[1] acerca de um fenômeno que vem sendo construído

[1] O projeto Gravidez na Adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil foi elaborado originalmente por Maria Luiza Heilborn (IMS/Uerj), Michel Bozon (Ined-Paris), Estela Aquino (Musa/Ufba), Daniela Knauth (Nupacs/UFRGS) e Ondina Fachel Leal (Nupacs/UFRGS). A pesquisa está sendo realizada por três centros de pesquisa: Programa em Gênero, Sexualidade e Saúde – IMS/Uerj, Programa de Estudos em Gênero, Mulher e Saúde – ISC/Ufba e Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde – UFRGS. O núcleo de pesquisadores

como um problema social. Mais do que salientar os agravos à saúde do que hoje se define como uma gravidez precoce, vale lembrar que a sensacionalidade de que ela se recobre congrega novas expectativas em torno da adolescência e da juventude que a reprodução ocorrida nessa faixa etária (11-19 anos, segundo a OMS) viria perturbar. O tema da gravidez adolescente permite uma bela apreciação da perspectiva de gênero para a saúde e coloca em foco a relação íntima entre sexualidade e gênero, bem como as questões relativas ao acesso aos serviços de saúde.

O melhor caminho para demonstrar tal argumentação reside na constatação sociológica de que as relações de gênero modulam a experiência da classe social, seja na esfera do trabalho, como já demonstrou o livro clássico de Rodrigues (1978), seja na percepção dos corpos, como apresenta Boltanski (1984). A articulação entre os dois eixos de classificação social se explicita no cuidado da saúde: os homens cuidam-se menos que as mulheres; e, quando estão nas posições superiores da hierarquia social, cuidam-se mais do que os outros homens, nos segmentos menos favorecidos. A busca dos cuidados médicos apresenta um diferencial acentuado de gênero, mas também a maneira como os agentes de saúde (enquanto atores encarnados de um saber médico) são portadores de um mapa social sobre as múltiplas classificações que categorizam as pessoas.

Os sujeitos estão marcados por condições sociais distintas. Nelas se entrelaçam as determinações de classe, gênero, etnia, faixa etária, posição no ciclo reprodutivo, afiliação religiosa, capital cultural e educacional. Esta lista de itens constitui a moldura que fabrica e encerra as condições de existência e produz a experiência social, o que significa as marcas produzidas nos sujeitos por sua inserção em diferentes critérios de classificação social, condição que determina sua apreensão do mundo e as vicissitudes de sua trajetória existencial.

---

principais compreende Maria Luiza Heilborn (coordenadora), Michel Bozon, Estela Aquino, Daniela Knauth, Ceres G. Victora, Fabíola Rohden e Cecília Mccalum. O grupo de pesquisadores associados é composto por Elaine Reis Brandão, Simone Ouvinha Peres, Cristiane Cabral e Acácia Batista Dias, e o de consultores por Tania Salem, Antonio José Ribeiro Dias, Jandyra Fachel e Elsa Mundstock. A pesquisa é apoiada pela Fundação Ford.

Sistematizando os Conceitos

Gênero é um conceito das ciências sociais que se refere à construção social do sexo. Significa dizer que a palavra 'sexo' designa agora, no jargão da análise sociológica, somente a caracterização anátomo-fisiológica dos seres humanos e a atividade sexual propriamente dita. O conceito de gênero existe, portanto, para distinguir a dimensão biológica da social. O raciocínio que apóia essa distinção se baseia na idéia de que há machos e fêmeas na espécie humana, mas a qualidade de ser homem e ser mulher é realizada pela cultura. Mas por que é possível afirmar que homens e mulheres só existem na cultura, ou melhor, que são realidades sociais e não naturais?

A antropologia sustenta que, em se tratando de cultura, a dimensão biológica da espécie humana fica bastante obscurecida porque é próprio da condição desses seres a capacitação cultural como essencial à sobrevivência. É a cultura que humaniza a espécie, e o faz em sentidos muito diferentes.

Por meio da comparação entre diversas sociedades, pode-se perceber que homens e mulheres são concebidos representacionalmente e modelados socialmente de maneira muito variada, deduzindo-se assim a fraca determinação da natureza na definição de comportamentos sociais; a espécie humana é essencialmente dependente da socialização (Elias, 1987). Contudo, é usual conceber, no senso comum, que as condutas que homens e mulheres ostentam advêm da dimensão natural inscrita em seus corpos.

Mas quais são as articulações entre gênero e reprodução? Uma ampla literatura tem salientado que a esfera reprodutiva é o lugar onde a diferença se instala. Várias linhas interpretativas sobre a problemática do gênero explicam que a origem da desigualdade entre os gêneros, presente em diversas sociedades, está na apropriação da fecundidade feminina pelo sexo masculino (Barbieri, 1991; Heilborn, 1993). As mulheres têm tido um papel significativo na atividade procriativa até o momento, embora os avanços da tecnologia genética possam alterar esse quadro no futuro. Considerando o cenário atual, ocorre que a distribuição das tarefas entre os sexos é entendida, em muitos sistemas culturais, como uma espécie de extensão das diferenças anatômicas (procriativas) entre os sexos. O cuidado com a prole é sempre destinado às mulheres, mas este se situa para além do papel propriamente

reprodutivo. Ainda assim, recebe uma carga simbólica de atributo pré-social da condição feminina.

No mesmo sentido em que a palavra 'sexo' foi desalojada do entendimento da elaboração cultural das condutas de homens e mulheres, a sexualidade como expressão das trocas eróticas entre sujeitos de sexos diferentes (ou de um mesmo sexo) foi despejada de uma significação trans-histórica e/ou transcultural. A sexualidade é uma forma moderna (séc. XVIII) de arranjo e construção de representações e atitudes acerca do que seria uma orientação erótica espontânea, traduzindo uma dimensão interna do sujeito, ordenada pelo desejo. A sexualidade não é uma entidade autônoma, e o recurso do seu uso explicativo só pode ocorrer quando o contexto cultural assim o autorizar. Muitas vezes, aquilo que, sob certo prisma, se identifica como sexualidade é recortado, num dado grupo social, por outras instâncias que escapam às classificações exclusivas de uma dimensão interna dos sujeitos. Em geral, acopla-se a um campo maior de significação – família, parentesco e/ou moralidade –, englobando uma possível instância individual.

O esforço de relativização da sexualidade é coerente com a premissa antropológica da 'construção social da pessoa'. Assim como admitimos que a cultura é que delimita o sentido de masculino e feminino, também o reconhecimento do que vem a ser um ser humano – subjetiva e socialmente falando-se – depende das representações coletivas presentes numa sociedade sobre o que significa, como se demarca e se atualiza um ente individual (a pessoa). É no Ocidente que a 'realidade' do indivíduo ganha valor (Dumont, 1993), o que nos obriga a manter sob uma perspectiva crítica o pressuposto de uma psicologia inata aos sujeitos. É uma certa tradição cultural que erige um idioma que busca situar na subjetividade do sujeito, em seus traços idiossincráticos, as razões de determinadas escolhas na vida e de certos desdobramentos da história de vida. Essa pessoa, na qualidade de uma categoria ordenadora de toda uma cartografia simbólica, é apanágio de grupos sociais muito específicos. Ela viceja no território do sujeito moderno, seara que se arma em torno do psicológico e do ordenamento pela 'verdade do sexo' (Foucault, 1997). Este raciocínio fundado numa perspectiva construtivista autoriza problematizar a sexualidade.

Tal perspectiva privilegia uma abordagem do sexo como um domínio social equivalente a outros tantos: carece de socialização, de

internalização de representações, de introdução a determinadas práticas, de negociação de significados sobre atitudes do que venha a se constituir como erótico ou sexual em determinado contexto (Gagnon & Simon, 1973). É a cultura a grande responsável pela transformação de corpos sexuados em corpos socializados, inseridos em redes de significados que definem categorizações de gênero, de orientação sexual e de escolha de parceiros; é por intermédio de valores que se modelam, se orientam e se esculpem os desejos e as trajetórias sexuais-amorosas. O enfoque construtivista contrapõe-se ao essencialista. Neste último, a sexualidade é concebida como um instinto ou uma força motriz presente em toda a humanidade.

Como contraponto, é crucial a compreensão da sexualidade articulada a estratégias matrimoniais e de integração numa rede social. O sexo é um canal de comunicação, um meio de troca, inserido numa visão de mundo, na qual estão igualmente presentes concepções sobre amor romântico, intimidade, corpo e os sentimentos a ele relacionados, como gosto e desagrado, também estes culturalmente fabricados.

A demonstração do nexo presente entre gênero, sexualidade e saúde pode ser buscada em alguns achados recorrentes da literatura acerca da relação mulher e Aids (Barbosa & Villela, 1996). Recorrentemente, estes trabalhos têm apontado que as relações de gênero são as responsáveis pelo fato de mulheres, mesmo aquelas com conhecimento médico razoável sobre as formas de contaminação pelo vírus HIV, serem incapazes ou terem dificuldades de implementar o uso do preservativo e buscar formas de alterar esse quadro. Essa situação pode ser observada também na França, onde se constata que as mulheres estão em posição muito desvantajosa para negociar a gestão do risco de contração do vírus. Lá, o uso do preservativo só é possível quando se trata de uma decisão do casal; leia-se, neste sentido, quando o homem concede em usá-lo. As mulheres, lá como aqui, acabam por ceder a relações desprotegidas, cabendo-lhes como alternativa a realização de um teste *a posteriori* como forma de obter tranqüilidade (Paicheler & Quemin, 1994).

Uma pesquisa conduzida no Rio de Janeiro (Heilborn, 1999) aponta resultados semelhantes. O uso da camisinha responde antes às demandas sobre contracepção do que propriamente à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e Aids. De modo muito significativo,

há convergência absoluta entre mulheres de camadas médias de 30-40 anos entrevistadas no sentido de que a prevenção diminui 'quando o parceiro é conhecido'. O impacto da Aids em termos de mudanças comportamentais entre mulheres heterossexuais é bastante limitado, considerando-se que esse é o grupo que presencia um aumento percentual significativo dos índices de contração da doença. O significado da epidemia de HIV no tocante à adoção de estilos de vida esbarra em definições cristalizadas sobre 'pureza/poluição' dos parceiros, fazendo com que a idéia de 'pessoa conhecida' – leia-se: aquela que, em princípio, compartilha o mesmo universo de valores – recaia fora do campo de um possível agente de contaminação.

O caso do cuidado frente à Aids nos leva a perceber de que modo gênero e sexualidade se articulam para deixar as mulheres em posições de maior vulnerabilidade e estampam como a saúde está intrinsecamente ligada a essas duas esferas. Um caso paradigmático é apontado por Daniela Knauth (1997), ao demonstrar de que modo mulheres soropositivas escolhem a maternidade como parte integrante de um projeto de redefinição da vida diante da doença. Redefinição que apela para a maternidade, aparentemente ilógica diante dos riscos de uma possível contaminação do feto/da criança, mas que salienta a pregnância do gênero na solução de vida diante de uma crise.

A análise das ciências sociais acerca da sexualidade e do gênero que contribui diretamente para a saúde tem-se caracterizado por uma profunda vinculação a determinadas problemáticas trazidas pela conjuntura social. Esta característica não é exclusiva deste tema. Afinal, a investigação sobre a vida coletiva se impregna fortemente das questões socialmente relevantes num dado momento histórico (Heilborn & Sorj, 1999). A desvinculação da sexualidade e reprodução biológica da espécie a partir do desenvolvimento dos métodos contraceptivos hormonais nos anos 60 e do advento da epidemia de HIV/Aids na década de 80 marcam a trajetória da investigação nessa área. As pesquisas sociológicas têm-se caracterizado, pelo lado da sociologia, por grandes inquéritos sobre o comportamento sexual da população. Estes, em geral, buscam responder a demandas de formulação de políticas públicas relativas à contracepção, à fertilidade e ao combate do vírus HIV. A antropologia, que ganhou grande espaço a partir dos anos 80, em princípio, tem respondido pelas descrições detalhadas dos valores

e práticas de grupos sociais demarcados. Para esta disciplina, a sexualidade sempre foi objeto de interesse imbricado na investigação de sociedades ditas primitivas. Tal objeto não possuía estatuto próprio: a sexualidade se inseria no conjunto das regras que regulavam a reprodução biológica e social de dada comunidade.

Com o advento da Aids, os estudos biomédicos e epidemiológicos sobre a sexualidade se intensificaram, restaurando tendências de mensuração e controle do comportamento sexual, tomado como um conjunto de atos e práticas isolados de seu contexto cultural (Giami, 1994). Freqüentemente, tais estudos adquirem um caráter assertivo e normativo quanto à conduta de indivíduos no que tange à prevenção de doenças. O esforço relativizador das ciências sociais busca, então, problematizar uma série de crenças arraigadas no senso comum ou entre especialistas, que reificam determinados comportamentos e identidades sexuais. Em geral, estes desconsideram o lento e complexo processo de aprendizagem sociocultural, permeado pelas marcas de gênero, que modelam as representações e práticas no campo da sexualidade.

O debate teórico em torno da sexualidade tem sido marcado pelo enfrentamento entre duas posições: o essencialismo e o construtivismo social. Contudo, esta oposição não é linear.

Na designação do essencialismo opera a convicção de que há algo inerente à natureza humana, inscrito nos corpos na forma de um instinto ou energia sexual que conduz as ações. A sexualidade restringe-se ora a um mecanismo fisiológico, a serviço da reprodução da espécie, ora à manifestação de uma pulsão, de ordem psíquica, que busca se extravasar. Trata-se de um reducionismo psicalista ou psíquico (Heilborn & Brandão, 1999).

No âmbito do construtivismo social se abrigam as abordagens que buscam problematizar a universalidade desse instinto sexual. O foco da argumentação é o de que existem formas culturalmente específicas, que o olhar ocidental chamaria de sexualidade, que envolvem contatos corporais entre pessoas do mesmo sexo ou de sexos diferentes, ligados ou não à atividade reprodutiva, que podem ter significados radicalmente distintos entre as culturas, ou mesmo entre grupos populacionais de determinada sociedade. Portanto, os significados sexuais e, sobretudo, a própria noção de experiência ou comportamento sexual não seriam passíveis de generalização, dado que estão ancorados em

teias de significados articuladas a outras modalidades de classificação, como o sistema de parentesco e de gênero, as classificações etárias, a estrutura de privilégios sociais e de distribuição de riqueza etc.

Para esta tendência interpretativa não há, assim, uma razão universal pairando sobre as condutas e muito menos sobre os significados do que seja sexual. O sexual não se restringe à dimensão reprodutiva, tampouco à psíquica, estando impregnado de convenções culturais acerca de em que consistem a excitação e a satisfação eróticas, constructos simbólicos, que modelam as próprias sensações físicas (Parker, 1994).

Mas há diferenças internas na postura construtivista que dão origem a distintas interpretações. O ponto central é o grau de autonomia conferido à sexualidade em relação à reprodução (Bozon, 1998). A antropóloga norte-americana Carole Vance (1995) propõe dois modelos para classificar o construtivismo social aplicado à sexualidade. O primeiro, de natureza mais moderada, parte da premissa de que há uma partilha fundamental entre corpo e razão, na qual o corpo detém uma condição de substrato ao qual a cultura se superpõe, modelando os comportamentos e as significações relativas à experiência sexual. Aceita-se que a sexualidade seja universal e biologicamente determinada, cabendo a cada sociedade conformar o impulso ou pulsão sexual.

O segundo modelo, mais enfático, postula que o domínio do sexual, do erótico ou das sensações do corpo é puro efeito de construções culturais. Para essa linhagem reflexiva, é necessário identificar as mediações que, em cada momento histórico, definem o que seja sexual e de que modo tal significado se articula com as classificações de gênero, com a reprodução e com o sistema de parentesco. Não há, portanto, algo inerente à fisiologia ou à psique humanas que possa ser considerado um substrato universal sobre o qual a cultura opera. Privilegia-se assim o pressuposto da radical arbitrariedade do que venha a ser sexual.

Nexos entre Gênero e Sexualidade: iniciação sexual e gravidez na adolescência

A iniciação sexual e a gravidez na adolescência são dois temas que podem ser abordados pelo prisma dos roteiros sexuais. Em geral, eles estão demarcados por uma etapa temporal na qual se delineia o

começo de trajetórias afetivo-sexuais. Nessa etapa da vida denominada hoje adolescência e juventude, desenha-se também outra carreira: a escolar e/ou profissional, que é de importância capital para a compreensão dos eventos relacionados à vida sexual. Essa outra carreira enseja a possibilidade de contatos com redes de sociabilidade que propiciam a apresentação de possíveis parceiros. Outra fonte importante de constituição do cenário no qual se desenrola a entrada na sexualidade adulta são as relações de vizinhança.

Diferentes pesquisas sobre o tema das carreiras sexuais (Heilborn, 1999) constataram a construção das trajetórias sexuais, individuais ou partilhadas por determinados grupos de pares, conduzindo à visualização de distintos cenários culturais. Estes são permeados por formas socialmente construídas de afeto (em suas variantes, incluindo o ideal do amor romântico), pela violência, por diferentes redes de sociabilidade, pelo lugar que a reprodução e a família ocupam no imaginário social e pelo potencial de validação ou censura que o mundo social exerce sobre cada sujeito.

O gênero é fundante no modo como a experiência sexual é vivenciada pelos sujeitos. As trajetórias masculinas e femininas são radicalmente distintas, não exatamente pelas diferenças estampadas em seus respectivos corpos, mas sobretudo em função da maneira como as expectativas e as aspirações em relação à experimentação sexual são marcadas pelo gênero.

A experiência narrada da sexualidade possui uma marca de gênero fundamental, consubstanciada em duas formas: a primeira, numa oposição estruturante no universo cultural brasileiro entre a iniciativa masculina, por oposição à ausência desta entre as mulheres. A representação do homem como sexualmente ativo, permanentemente desejoso de sexo, é compartilhada por diferentes segmentos sociais. A segunda modalidade assinala a atividade sexual masculina como um rito de passagem importante para a constituição da virilidade. Do ponto de vista das trajetórias masculinas, o sexo dissociado da experiência afetiva aparece como um aprendizado técnico. Da perspectiva feminina, a primeira experimentação, associada à iniciação sexual, reveste-se mais pela expectativa do estabelecimento de um vínculo amoroso do que pela aquisição de uma experiência sexual em si. Tal modulação do gênero inscreve-se no modo como homens e mulheres constituem a própria subjetividade.

Contudo, o exercício da sexualidade apresenta repercussões distintas em homens e mulheres, para além das expectativas de gênero. Ele pode importar na gravidez da mulher e em todo o corolário de decisões que tal evento provoca: retê-la ou não, bem como os desdobramentos que a presença de um filho causa sobre o par, e ainda os efeitos diferenciais em termos das vidas de rapazes e moças que a paternidade e a maternidade implicam (Heilborn et al., 2000). O corpo passa, assim, a ter um peso significativo no modo como se podem conceber as articulações entre sexo, sexualidade e gênero.

Retomamos o argumento do início deste artigo: há que se evitar o reducionismo biológico sem incorrer na ilusão de sua substituição pelo sociológico. Este texto se encerra fazendo a defesa de um construcionismo 'bem temperado'.

Referências Bibliográficas

ALVES, P. C. & RABELO, M. C. O status atual das ciências sociais em saúde no Brasil: tendências. In: ALVES, P. C. & RABELO, M. C. (Orgs.) *Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumaré, 1998.

BARBIERI, T. de. Sobre la categoria de género: una introducción teórico-metodológica. In: AZEREDO, S. & STOLCKE, V. (Orgs.) *Direitos Reprodutivos*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/DPE, 1991.

BARBOSA, R. M. & VILLELA, W. V. A trajetória feminina da Aids. In: *Quebrando o silêncio*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.

BOLTANSKI, L. *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

BOZON, M. Demografia e sexualidade. In: LOYOLA, M. A. (Org.) *A Sexualidade nas Ciências Humanas*. Rio de Janeiro: Eduerj, 1998.

DUMONT, L. *O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

ELIAS, N. On human beings and their emotions: a process-sociological essay. *Theory, Culture and Society*, 4: 339-361, 1987.

FOUCAULT, M. *A História da Sexualidade*, v. 1. Rio de Janeiro: Graal, 1997.

GAGNON, J. & SIMON, W. *Sexual Conduct: the social sources of human sexuality*. Chicago: Aldine, 1973.

GIAMI, A. De Kinsey à Aids: a evolução da construção do comportamento sexual em pesquisas quantitativas. In: LOYOLA, M. A. (Org.) *Aids e Sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/Uerj, 1994.

HEILBORN, M. L. Gênero e hierarquia: a costela de Adão revisitada. *Revista Estudos Feministas*, 1(1): 50-82, 1993.

HEILBORN, M. L. A construção de si, gênero e sexualidade. In: HEILBORN, M.L. (Org.) *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1999.

HEILBORN, M. L. et al. *Gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil*. VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Salvador, 2000.

HEILBORN, M. L. & BRANDÃO, E. R. Introdução. In: HEILBORN, M. L. (Org.) *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1999.

HEILBORN, M. L. & SORJ, B. Estudos de gênero no Brasil. In: MICELI, S. (Org.) *O que Ler na Ciência Social Brasileira (1970-1995), Anpocs/Capes*. São Paulo: Editora Sumaré, 1999.

KNAUTH, D. R. O vírus procurado e o vírus adquirido. *Estudos Feministas*, 5(2), 1997.

KNAUTH, D. Psicoterapia, depressão e morte no contexto da Aids. In: ALVES, P. C. & RABELO, M. C. (Orgs.) *Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumaré, 1998.

PARKER, R. G. Diversidade sexual, análise sexual e educação sobre Aids no Brasil. In: LOYOLA, M. A. (Org.) *Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: Uerj, 1994.

RODRIGUES, A. *Operário, Operária.* São Paulo: Edusp, 1978.

VANCE, C. S. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 5(1): 7-31, 1995.

13 Entre o Biológico e o Social: homens, masculinidade e saúde reprodutiva

Luís Eduardo Batista

Introdução

Nos últimos anos, vários pesquisadores têm se dedicado a investigar a saúde reprodutiva dos homens, preocupados com as seguintes temáticas: a não participação do homem no planejamento familiar; as doenças que acometem os homens, como as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e a Aids; a relação homem e contracepção; a construção da sexualidade masculina; a necessidade de criar condições para que os homens possam exercitar a troca de informações, opiniões e inquietações que poderão promover maior percepção de sua sexualidade e saúde reprodutiva; as mudanças nos valores, crenças e costumes sociais e seus reflexos nos homens no que tange a aspectos relacionados a contracepção, aborto, vasectomia e DST/Aids, assim como a paternidade e a identidade masculina.

Interessa-me neste artigo, a partir das tradicionais implicações sociais da masculinidade, identificar os autores que têm trabalhado com o tema saúde reprodutiva masculina. Ao final, reafirmo minha hipótese de que, sendo o falo o fundante da masculinidade, os temas de saúde sexual e reprodutiva para os homens são aqueles que atentam contra o ideário de virilidade – tamanho do pênis, disfunção erétil (ejaculação precoce e impotência), problemas na próstata (realização de exame de câncer de próstata e o câncer de próstata) e Aids. Ao identificar esses problemas de saúde, o homem passa a sofrer as conseqüências do papel que ele se propõe a representar na sociedade. Sendo assim, o pênis, antes o símbolo máximo da virilidade e da identidade masculina, passa a ser o questionador da masculinidade.

Definitivamente, as relações de poder e hierarquia existentes socialmente (relações de gênero) em muito contribuem para se repensar a relação homem-mulher-filhos, a inserção das mulheres no mercado de trabalho, a família, a sexualidade, a saúde reprodutiva e as políticas de saúde. Assim, com as relações de gênero, nos últimos anos o homem passou a ser repensado e recontextualizado.

Nolasco (1995), Boechat (1995), Arilha, Ridenti & Medrado (1998) sugerem que:

- os movimentos feminista e *gay*, ao realizarem um exame crítico sobre as relações de poder e hierarquia existentes entre homens e mulheres, exigem uma nova reflexão teórica (a utilização do gênero como categoria analítica) sobre as identidades sexuais, colocando o tema masculinidade na agenda científica;
- a 'mulher independente', a mulher que dissocia a sexualidade da reprodução, que é a chefe de família, influencia na reformulação da identidade masculina, no reposicionamento do homem na sociedade;
- o movimento feminista tem contribuído para a reflexão sobre a necessidade de uma mudança na forma de os homens e mulheres se relacionarem, e que está transformação é fruto da ação política do movimento feminista. Há uma discussão importante na literatura sobre a identidade masculina e o 'novo homem'.

Para Lyra & Ridenti (1996: 14),

> a principal discussão apresentada (...) parece residir, então, na polêmica entre os modelos do 'novo pai' versus 'pai tradicional', o primeiro envolvido no cuidado das crianças, dividindo o poder familiar com a esposa e adotando para si mesmo um conceito de masculinidade mais abrangente, em contrapartida ao 'pai tradicional', que não se envolve no cuidado das crianças, detém o poder sobre sua família e cujo conceito de masculinidade é mais restrito,

Segundo Santiago, por seu lado (1995: 102),

> o homem está onde nunca esteve. Passa por uma séria crise de identidade (...). O novo lugar que ocupa aparentemente secundário, medíocre e desvantajoso, retirando-o da condição de único provedor e, por isso mesmo, único mártir, leva-o a dialogar com as forças plurais que o cercam e o questionam, conduzindo-o a uma

atitude que, longe de negar a sua busca de identidade, procura construí-la em detrimento das identidades de outros grupos em nome dos quais egoística e autoritariamente falava.

Mas o que é ser homem?

Provavelmente, homens e mulheres, ao responderem essa pergunta, irão se referir ao caráter biológico, ao papel masculino e à construção social do homem. Outros dirão que ser homem é ser viril, forte, trabalhador, chefe de família, agressivo, firme, honesto, responsável, inteligente, competitivo e de uma sexualidade incontrolável. Essa é a construção social prevalente sobre o que é ser homem.

Segundo Bourdieu (1995: 158), esquece-se que este homem sisudo e opressor é também uma criança que brinca de homem:

> Esta *illusio* originária, que faz o homem verdadeiramente homem, e que pode ser designada como senso da honra, virilidade, *manliness* ou no léxico dos cabilas, mais radical, habilidade, é o princípio indiscutido de todos os deveres para consigo mesmo, o motor ou o móvel de todas as ações que alguém se deve, isto é, que se deve realizar para estar em dia consigo mesmo, para permanecer digno a seus próprios olhos de uma idéia (recebida) de homem.

Este homem que brinca, sonha e acredita ser o homem dos padrões sociais convive com a 'mulher independente' e 'outros modelos de homens'. Mulher independente é aquela que busca a realização profissional e pessoal, tem maior acesso à educação formal e profissional, está no mercado de trabalho, na vida pública, nos sindicatos, na comunidade, é chefe de família, tem maior acesso aos métodos contraceptivos, distingue sexualidade de reprodução etc. Convive também com o homem sensível, aquele que erra, que cuida dos filhos e dos filhos da companheira, que chora, 'brocha', que não é o provedor da família, que fala de seus sentimentos e que nem sempre abre o vidro de azeitona.[1] Mas de quem estamos falando, de homens ou de 'mariquinhas?[2]

Estamos falando de 'masculinidades'. Estamos falando de vários homens, que, convivendo em novas práticas sociais, em relação com

---

[1] Referência ao texto de Sérgio Flávio Barbosa (1998): "Experiências de intervenções: para além de abrir vidros de azeitonas".

[2] Segundo Nolasco (1995), ainda hoje qualquer um desses tipos recebe um olhar inquisidor, que põe em dúvida sua preferência sexual. Assim, tanto os machos como os 'mariquinhas' são vistos com olhares críticos pelas 'mulheres independentes'.

outros homens e mulheres, têm se reconstruído socialmente, gerando 'múltiplas formas de masculinidade'.

Segundo Connell (1995: 187):

> a masculinidade é uma configuração de prática em torno da posição dos homens na estrutura das relações de gênero (...). Falar de posição dos homens significa enfatizar que a masculinidade tem a ver com relações sociais e também se refere a corpos – uma vez que homens significa pessoas adultas com corpos masculinos. Não devemos temer a biologia, nem devemos ser tão refinados ou engenhosos em nossa teorização de gênero que não tenhamos lugar para corpos suados.

Como se pode perceber, novas identidades masculinas estão se reconstruindo frente às novas práticas sociais, frente à 'mulher independente' e às novas formas de relação homem-mulher e filhos. O desafio que se coloca é investigar esta transformação/reconstrução masculina e ao mesmo tempo propor ações. Este é o desafio que tem motivado pesquisadores a investigar a saúde reprodutiva dos homens heterossexuais no Brasil.

Homens: saúde, sexualidade e reprodução

As mudanças nos valores, crenças e costumes sociais dos homens quanto aos aspectos relacionados à contracepção, aborto, vasectomia, DST/Aids, paternidade e identidade masculina em tempos de HIV/Aids merecem destaque na produção do conhecimento dos homens heterossexuais no Brasil.

Tendo como pano de fundo a dimensão relacional da categoria gênero e o fato de o homem ser tido como superior à mulher em diferentes grupos sociais, vários autores têm estudado a participação masculina na saúde reprodutiva. Entre eles, destaco: Villela & Barbosa (1994); Mundigo (1995); CCR (1995); Arilha & Arruda (1998); Kalckmann (1998); Villela (1997, 1998) e Pinto (1998).

Villela & Barbosa (1994) realizaram um trabalho cujo objetivo foi compreender concordâncias e discordâncias entre atribuições masculinas e femininas formuladas por homens e mulheres. O estudo evidencia, entre outras coisas, que há uma dicotomia entre o que é ser

homem e o que é ser mulher, não questionada e naturalizada; e no que tange à saúde reprodutiva e prevenção de DST/Aids, aponta que é o conjunto de compromissos existentes entre o casal que definirá os limites da negociação na esfera da sexualidade.

Segundo Mundigo (1995), os homens que atuam como médicos, enfermeiros e farmacêuticos, além de serem parceiros sexuais, têm uma importância crítica, pois geralmente são responsáveis pela orientação em assuntos relativos a sexualidade e planejamento familiar – incluindo-se aqui a informação e o fornecimento de métodos anticoncepcionais – a uma clientela essencialmente feminina.

A Comissão de Cidadania e Reprodução (CCR, 1995) realizou uma pesquisa de opinião pública com 1.964 homens e mulheres residentes nas cidades de São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre e Recife. A pesquisa teve por objetivo verificar o conhecimento e a opinião de homens e mulheres sobre aspectos relacionados a sexualidade, contracepção e paternidade/maternidade. O estudo indica que as mulheres conhecem mais sobre a fertilidade masculina do que os próprios homens, sendo que a escolaridade exerce forte influência no percentual de acertos. Quanto ao uso de serviços de saúde, em geral os homens os consideram necessários em caso de doença e não como meio de orientação sobre saúde reprodutiva. Segundo a pesquisa, quanto maior a escolaridade, mais o homem acha que vai atuar sobre a mulher, e a população de Recife imputa maior poder aos homens nas decisões sobre saúde reprodutiva. O estudo aponta, ainda, a importância da estratificação por sexo, idade e nível socioeconômico como elementos interpretativos dos dados. Ao se estudarem homens e mulheres com posição mais progressista em relação à sexualidade, constatou-se que as mulheres de Porto Alegre são as que apresentam posições mais progressistas (é de Porto Alegre o maior percentual de mulheres com nível superior de escolaridade).

Margareth Arilha, no artigo "Homens: entre a 'zoeira' e a 'responsabilidade'", apresenta os resultados de um estudo realizado com homens adultos e adultos jovens, heterossexuais, em união, dos estratos sociais médio baixo (B) e médio alto (C) da cidade de São Paulo. Foram realizados oito grupos focais com homens de 20 a 24 anos, 25 a 34 e 35 a 44 anos, solteiros (com e sem filhos), casados (com e sem filhos). Os objetivos da pesquisa foram investigar como os homens se

relacionam com seu corpo num contexto reprodutivo e como se produz o sentido de corpo reprodutivo/sexual-erótico masculino no casamento e após o nascimento dos filhos. O estudo indicou que a palavra 'responsabilidade' está fortemente associada à concepção de 'homem'. Quanto ao comportamento sexual e reprodutivo constatou-se que:

- quando se é jovem, a vida é uma vida de 'zoeira', de descompromisso, de liberdade;
- mulheres desejam filhos, homens anseiam pela família. A paternidade vem com a maturidade e com o casamento;
- os homens não estão vinculados ao processo reprodutivo;
- a passagem da adolescência para a fase adulta é configurada pela incorporação da responsabilidade, que no caso do homem está praticamente associada ao comportamento sexual e reprodutivo;
- é a partir do amor e da sexualidade que os homens determinarão se ainda são jovens 'irresponsáveis' e 'descompromissados', que não usam contraceptivos (como o preservativo) ou se são adultos responsáveis e compromissados ética e moralmente com o filho e, eventualmente, com a parceira;
- o homem também se sente responsável pelo prazer sexual da mulher;
- a reprodução é um problema/preocupação da mulher, inclusive nas relações extraconjugais;
- a atitude dos homens em incentivar ou não a mulher a abortar está relacionada à maior ou menor receptividade do homem em fazer a passagem para o mundo adulto;
- é relevante pensar na estratégia da importância do conhecer para poder cuidar, tratar e viver com mais qualidade de vida e dignidade; iniciar por esse terreno poderá trazer maior segurança para o processo de intervenções mais complexas.

Kalckmann (1998), a partir de sua vivência nos projetos de pesquisa "Mulher e Aids: sexo e prazer sem medo", projeto Beija Flor e produção do vídeo "Todo dia é dia", discute as percepções e opiniões dos homens sobre saúde reprodutiva. A autora dá voz à necessidade, sentida pelas mulheres que participaram dos projetos, de investir em intervenções educativas direcionadas ao público masculino para facilitar a abordagem do tema sexualidade e saúde reprodutiva, de forma a contribuir para ampliar o diálogo entre os casais.

Entre os resultados do artigo (Kalckmann, 1998: 85), três inquietações masculinas se destacam:

- constrangimento dos homens frente à mulher independente: às vezes por não estar no comando, como era antes, a gente não consegue, 'brocha';
- a ansiedade e a supervalorização do orgasmo/prazer: as mulheres querem o prazer e se os homens não dão elas vão embora;
- as mulheres estão mais disponíveis e dispostas a transar, mesmo sem conhecer, esse comportamento atual das mulheres é decisivo para a Aids.

Quanto à necessidade de uma reconstrução de valores e comportamentos masculinos, a autora aponta alguns deles:

- quanto ao risco de DSTs e Aids, os homens temem a Aids, mas contam com orgulho as DSTs que tiveram;
- os homens acreditam que as mulheres poderiam usar o argumento da contracepção para que eles usem sempre a camisinha;
- o uso da camisinha aumenta a ansiedade e o medo de não desempenhar seu papel junto às mulheres;
- os homens apontam aspectos positivos do preservativo feminino, e este, por não carregar o estigma das relações promíscuas, pode ser uma estratégia interessante a ser utilizada em processos educativos;
- os homens usam uma linguagem gastronômica com metáforas e relacionam as práticas sexuais aos prazeres da mesa.

No artigo "Homem que é homem também pega Aids?", Villela (1998) afirma que se demorou a admitir que os homens heterossexuais faziam parte do grupo de risco e que não há um investimento maciço para estimulá-los a se prevenir do HIV. Para a autora, a identidade masculina de força, autonomia e invulnerabilidade é contraditória com as imagens relacionadas à Aids (magreza, fragilidade, submissão), e essa contradição impede os homens de se verem em risco. Daí a necessidade de estudar as diferentes masculinidades para originar formas criativas de enfrentar o desafio da prevenção do HIV entre homens heterossexuais.

Uma das primeiras propostas de realização de grupos sociopedagógicos entre homens heterossexuais foi efetuada por

Costa (1997) com homens da construção civil de Recife. O trabalho teve por objetivo a sensibilização masculina para maior participação nas decisões e ações relativas ao exercício da sexualidade, direitos reprodutivos e planejamento familiar.

Com respeito à saúde reprodutiva dos homens e às desigualdades étnicas, Pinto (1998), estudou a realidade do aborto numa perspectiva étnica e de gênero. A amostra se constituiu de oito grupos focais formados por mulheres e homens, moradores de bairros de baixa renda da Zona Leste de São Paulo, sexualmente ativos e que tivessem um relacionamento afetivo duradouro. Posteriormente, foram realizadas doze entrevistas em profundidade.

A autora enfatiza que: 1) alguns homens pensam que possuem o poder de convencer a mulher e a decisão pelo aborto partiu deles; 2) homens declaram participar do aborto comprando o Cytotec; 3) no momento da gravidez, o comportamento masculino é de rejeição e abandono.

Entretanto, apesar das contribuições dos autores abordados aqui, nota-se que eles não analisam os impactos que a questão étnica teria sobre a saúde reprodutiva dos homens e não investigam como as relações de poder e hierarquia existentes socialmente demarcam a sexualidade de homens negros.

Uma revisão da literatura evidencia como as mudanças nos valores, crenças e costumes sociais se refletem nos homens no que diz respeito aos aspectos relacionados a contracepção, aborto, vasectomia, DST/Aids, paternidade e identidade masculina. Os estudos antes mencionados enfatizam:

- a não participação do homem no planejamento familiar;
- as doenças que acometem os homens, como as DSTs e a Aids;
- a necessidade de criar condições para que os homens exercitem a troca de informações, opiniões e dúvidas que poderão promover maior percepção de sua sexualidade e saúde reprodutiva;
- a falta de comunicação dos homens com seus filhos e demais pessoas da família em relação a sexualidade e reprodução;
- a violência sofrida no espaço público e nas relações pessoais;
- o alcoolismo e a violência sofrida pelas famílias (mulheres e crianças);

- a construção da masculinidade quando os homens perdem a capacidade de prover a família (Jimenez, 1999; Scott, 1990).

Esses são alguns dos temas que se refletem na família, no imaginário masculino e que colocam em questão a identidade masculina. Partindo desta revisão, uma pergunta permanece: considerando que os homens entendem que a fecundidade e a reprodução são questões femininas e que a decisão pelo aborto deve ser tomada pela mulher, quais seriam os problemas de saúde reprodutiva que preocupam os homens?

Uma dessas questões seria aquela que atenta contra o ideário de virilidade e masculinidade, que coloca em dúvida seu desempenho sexual, a identidade masculina e o poder de dominação.[3]

Minha hipótese é que, no campo da sexualidade e reprodução masculina, o pênis é o símbolo máximo da virilidade, o local onde o homem deposita o seu '*marketing* pessoal', sua auto-afirmação e toda a construção de seu imaginário sobre o desempenho sexual; também seria uma referência importante para o estabelecimento e manutenção das relações de gênero e da sustentação da masculinidade. Nesse sentido, entendo que o tamanho do pênis, a 'disfunção erétil' (ejaculação precoce e impotência), os problemas na próstata (realização do exame de próstata e o câncer de próstata) e a Aids seriam os temas de saúde reprodutiva para os homens.

Disfunção Erétil: um estudo de caso

A somatização no corpo das transformações das relações de poder e hierarquia na sociedade, problemas com a companheira, o medo do desemprego, a 'angústia' da paternidade e das relações pai-mãe-filho, o estresse, a depressão, as alterações na saúde (hipertensão arterial, diabetes, alcoolismo, arteriosclerose), a obesidade e o hábito de fumar 'às vezes' se refletem biologicamente no corpo do homem como disfunção erétil – impossibilidade de conseguir manter regularmente a ereção, de modo a completar o coito satisfatoriamente (Kaplan & Racca, 1982; Junior Netto, 1982).

[3] Giffin (1998) fala do poder da genitália, sendo o tamanho do pênis uma preocupação constante, por ser esse um instrumento de dominação. Barbosa (1998) chama a atenção para as doenças que ameaçam os homens (câncer de próstata, impotência e DSTs/Aids).

No início dos anos 80, os estudos sobre disfunção erétil se preocupavam em verificar as causas da impotência. Investigavam se os fatores eram predominantemente psicológicos, orgânicos, exclusivamente psicológicos ou mistos (Kaplan & Racca, 1982). Hoje, trabalha-se com a idéia de que quase todos os impotentes possuem um componente psíquico relacionado à ansiedade de desempenho,[4] mesmo que fatores orgânicos dificultem a ereção (Puech-Leão, 1990). Entretanto, não se descartam os seguintes componentes: estímulos eróticos negativos, trabalho estressante, tipo de vida, desemprego, crise econômica, baixo salário, status social, como está a relação com a companheira, a qualidade desta relação, grau de privacidade com que se realizam as relações sexuais, a forma como se dão as relações sexuais, infidelidade, perda de atração, excessiva preocupação com a satisfação da companheira e ansiedade.

Uma segunda ordem de fatores são os de risco: *diabetes mellitus*, hipertensão arterial, hábito de fumar, alcoolismo, drogas e obesidade. Mas a disfunção erétil nestes casos é um sintoma e não uma doença, ressalta Héctor, Valdéz & Ulises (1993).

As principais formas de tratamento da disfunção erétil envolvem a colocação de prótese peniana, injeções antes de cada relação sexual, revascularização das artérias penianas, ligadura de veias e tratamento medicamentoso (bloqueadores alfa-adrenérgicos).

Tanto a disfunção erétil como seu tratamento deixam os homens com sua identidade prejudicada. O homem antes poderoso, sisudo e opressor, ao identificar sua disfunção sexual, coloca em dúvida sua masculinidade, sua identidade e o poder de sua genitália: "Assim, o dominante é também dominado, mas por sua dominação" (Bourdieu, 1995: 158).

Entendo que, ao ver reduzido seu desempenho sexual – sua capacidade sexual, seu domínio sobre o outro –, o homem passa a sofrer as conseqüências do papel que ele se propõe representar na sociedade. E o pênis, antes o símbolo máximo da virilidade e da identidade masculina, passa a ser o questionador da masculinidade. Desse modo, o biológico é um fator fundante da masculinidade, um ponto de partida dos valores socioculturais masculinos.

---

[4] Costa & Rodrigues Junior (1989:73), ao analisarem a disfunção sexual e relacionamentos sexuais extraconjugais, constataram existir um pior desempenho nas relações extraconjugais. "O pior desempenho deve-se à maior expectativa destas experiências produzindo maior ansiedade, que interfere no mecanismo de ereção do pênis."

Trazer esta reflexão para os estudos sobre gênero, sexualidade e saúde reprodutiva, num recorte racial/étnico e de classe social, pode ser significativo para entendermos 'as masculinidades' brasileiras.

Perspectivas

A partir dos estudos apresentados aqui, constatou-se que estes não enfatizam:

- o que é saúde reprodutiva para os homens;
- quais as principais causas de morbi-mortalidade reprodutiva masculina;
- como os 'problemas' de saúde reprodutiva colaboram para a perda do referencial de virilidade e masculinidade;
- como as relações de poder e hierarquia existentes socialmente demarcam a saúde, a sexualidade e a saúde reprodutiva dos homens;
- os diferenciais na construção das masculinidades dos homens negros e brancos.

Portanto, proponho investigar a repercussão na masculinidade quando os homens têm 'problemas' relacionados à disfunção erétil (ejaculação precoce e impotência); quando têm que fazer o exame de câncer de próstata; quando têm câncer de próstata e Aids. Investigar como a disfunção erétil, o câncer de próstata e as doenças sexualmente transmissíveis colaboram para a auto-afirmação ou crise da masculinidade.

Reafirmando o que foi exposto, minhas hipóteses são que:

- os estudos sobre saúde reprodutiva, ao focalizarem os homens, têm como objetivo final a saúde da mulher e que, no campo da sexualidade e reprodução masculina, o pênis é o símbolo da virilidade masculina, é uma referência da sustentação da masculinidade. Sendo assim, as questões de saúde reprodutiva para os homens são aquelas que atentam contra o ideário de virilidade e masculinidade, que colocam em dúvida seu desempenho sexual, a identidade masculina e o poder de dominação;
- a ejaculação precoce, a impotência, o ter que fazer o exame de câncer de próstata, o câncer de próstata e a Aids, além de serem os temas de saúde reprodutiva para os homens, também

são o fator fundante da masculinidade, um ponto de partida dos valores socioculturais masculinos;
- esses temas também podem servir como ponto de partida para realizarmos grupos de discussão com homens sobre relações de gênero; para provocar o diálogo sobre relação afetiva, sexualidade e reprodução; discutir a relação do homem com seu corpo, assim como realizar intervenções e promover atividades dirigidas a eles, como faz Barbosa (1998).

Um ponto relevante desta reflexão é o de onde estou falando, ou seja, trazer para o trabalho as particularidades do universo masculino, mais especificamente do universo masculino negro, a partir de um homem negro heterossexual.

Dedicar-me a esse tema sendo homem negro, pesquisador de temas relacionados à saúde reprodutiva e que tem como objetivo conhecer a sexualidade e a reprodução da população numa perspectiva socioétnica e cultural, é vincular o conhecimento com interesse político. E mais, é utilizar-me de experiência profissional e de vida para dar visibilidade crítica à construção do tema, é articular teoria, prática e pesquisa aos conteúdos emotivos e cognitivos na construção do conhecimento, enfim, é relacionar conhecimento e interesse (Habermas, 1980). Estes são os desafios que pretendo enfrentar nas pesquisas – a socialização do homem negro e suas implicações na construção das representações acerca da sexualidade e reprodução e homens: representações sobre sexualidade e saúde reprodutiva.

Referências Bibliográficas

ARILHA, M. & ARRUDA, S. *Homens, Masculinidades e Gênero: uma metodologia de trabalho em sexualidade e saúde reprodutiva com homens no setor privado*. São Paulo: Ecos, 1998.

ARILHA, M., RIDENTI, S. G. U. & MEDRADO, B. (Orgs.) *Homens e Masculinidades: outras palavras*. São Paulo: Ecos/Ed. 34, 1998.

BARBOSA, S. F. Experiências de intervenções com homens: para além de abrir vidros de azeitonas. In: ARILHA, M., RIDENTI, S. G. U. & MEDRADO, B. (Orgs.) *Homens e Masculinidades: outras palavras*. São Paulo: Ecos/Ed. 34, 1998.

BATISTA, L. E. Curso inspira pesquisa sobre homens. *BIS – Boletim do Instituto de Saúde*, 19 (n. especial): 2, 1998.

BOECHAT, W. Os arquétipos masculinos. In: NOLASCO, S. (Org.) A *Desconstrução do Masculino*. Rio de Janeiro: Rocco, 1995.

BOURDIEU, P. A dominação masculina. *Educação e Realidade*, 20(2): 133-184, jul.-dez. 1995.

CONNELL, R. Políticas da masculinidade. *Educação e Realidade*, 20(2): 185-206, jul.-dez., 1995.

COSTA, M. A. G. da. A *face masculina do planejamento familiar*: *trabalhando com grupos de homens*. Fortaleza, 1997.

COSTA, M. & RODRIGUES JUNIOR, O. M. Disfunção sexual erétil e relacionamentos sexuais extra-conjugais. *Reprodução*, 4(2): 73-74, 1989.

GIFFIN, K. Homens, heterossexualidades e reprodução no Brasil. 1998. (Mimeo.)

GIFFIN, K. & CAVALCANTI, C. Homens e reprodução. *Revista de Estudos Feministas*, 7(1-2): 53-71, 1999.

HABERMAS, J. *Conhecimento e Interesse*. São Paulo: Ed. Abril, 1980. (Col. Os Pensadores).

HÉCTOR, H. C., VALDÉZ, F. & ULISES, S. P. La primera consulta del paciente con disfunción sexual eretil. *Revista Médica de Oriente*, 4(3): 21-25, jun-jul. 1993.

JUNIOR NETTO, N. R. Propedêutica da impotência sexual masculina. *Revista Paulista de Medicina*, 99(1): 25-28, 1982.

KAPLAN, M. & RACCA, R. A. Estado actual del diagnóstico y tratamiento de la impotencia sexual masculina. *Prensa Médica Argentina*, 69 (16): 688-690, 1982.

LYRA, J. & RIDENTI, S. *Mãe presente, pai ausente? Reflexões preliminares sobre as funções parentais nos anos noventa*. XX Reunião da Anpocs, Grupo de Trabalho Família e Sociedade. Caxambu, 1996. (Mimeo.)

MUNDIGO, A. *Papéis masculinos, saúde reprodutiva e sexualidade*. 3ª Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. São Paulo, 1995.

NOLASCO, S. A desconstrução do masculino: uma contribuição crítica à análise de gênero. In: NOLASCO, S. (Org.) A *Desconstrução do Masculino*. Rio de Janeiro: Rocco, 1995.

PUECH-LEÃO. Impotência sexual masculina. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 36(1): 35-37, jan.-mar. 1990.

SANTIAGO, S. Arte masculina? In: NOLASCO, S. (Org.) A *Desconstrução do Masculino*. Rio de Janeiro: Rocco, 1995.

SCOTT, P. O homem na matrifocalidade: gênero, percepção e experiências do domínio doméstico. *Cadernos de Pesquisa*, 73: 3-87, maio 1990.

VILLELA, W. V. & BARBOSA, R. *Repensando as relações entre gênero e sexualidade*. Seminário Sexualidades Brasileiras. IMS/Abia. Rio de Janeiro, dez. 1994.

VILLELA, W. *Homens que Fazem Sexo com Mulheres*: *prevenindo a transmissão sexual do HIV - propostas e pistas para o trabalho*. São Paulo: Nepaids, 1997.

14 Saúde Indígena: a invisibilidade como forma de exclusão

Edir Pina de Barros

O propósito deste texto é pensar a desigualdade e a diferença referenciadas ao campo da saúde indígena. Tal categoria engloba uma imensa diversidade que não pode ser desconsiderada. As etnias indígenas brasileiras conhecidas somam 212, falantes de 170 línguas diversas entre si, dispersas por 554 terras indígenas (11% do território nacional). Elas estão distribuídas por todos os estados, com exceção do Piauí e Rio Grande do Norte. Sua população total é estimada em 329 mil índios, o que corresponde a 0,2% da população brasileira.

Essas sociedades, vivendo em ambientes variáveis, cada qual orientada por uma ordem simbólica e social singular, apresentam imensa variabilidade em termos de tempo e formas de contato, englobando desde grupos que vivem em contextos urbanos até os ditos 'isolados', em aldeias cuja população varia de 4.000 pessoas a famílias extensas. Variável também é o acesso aos serviços de saúde existentes em nossa sociedade.

Estima-se a existência de mais de 50 grupos 'isolados' por resistirem às relações regulares com os neocolonizadores, refugiando-se nos locais de mais difícil acesso, praticamente todos eles situados na Amazônia. Muitos deles são, como descreveu Manuela Carneiro da Cunha (1998: 12): "descendentes de refratários, foragidos de missões ou do serviço de colonos que se retribalizaram ou aderiram a grupos independentes, como os Mura. Os Mura, aliás, provavelmente se agigantaram na Amazônia (...) porque reuniram trânsfugas de outras etnias".

A própria categoria 'isolado' deve ser usada com reserva, pois esses grupos não estão à margem da expansão do capitalismo e são

alcançados, por vários mecanismos, seja por bens industrializados, seja por microorganismos contra os quais não têm defesa orgânica, seja pela presença de invasores de seus espaços de vida. Por outro lado, a expansão do capitalismo gera também novos dinamismos que conduzem a processos de identidade étnica diversos, conformando novas unidades sociais a partir de segmentos de uma mesma sociedade – como no caso dos Kayapó – ou em reagrupamentos de sociedades culturalmente semelhantes, ainda que étnica e lingüisticamente distintas, como ocorre no Alto Xingu e Alto Rio Negro (Carneiro da Cunha, 1998).

Na Amazônia brasileira vivem cerca de 80% dos povos indígenas brasileiros até agora conhecidos, representando aproximadamente 60% de sua população total. Dos conhecidos, têm-se representantes lingüísticos dos troncos Tupi e Macro-Jê e das 35 famílias faladas no Brasil (Teixeira, 1995). Deste ponto de vista, a situação é, de fato, muito mais complexa, visto que muitos povos vivem para além das fronteiras nacionais, como os Kampa (99% no Peru), os Yanomami (50% na Venezuela), os Wapixana (45% na Guiana), os Makuxi (30% na Guiana), os Baniwa (Colômbia e Venezuela) e os Galibi (Guiana Francesa), dentre outros (Ricardo, 1995). Disso decorrem diversas conjunturas históricas de contato com populações falantes de outras línguas estrangeiras, como o espanhol, o francês e o inglês.

A Amazônia abriga em si, portanto, uma sociodiversidade ímpar, registrada desde os tempos coloniais nas crônicas da história regional. Como observou Carneiro da Cunha (1998: 11), ao referir-se à história indígena, sabe-se pouco sobre ela: “nem a origem, nem as cifras de população são seguras, muito menos o que realmente aconteceu. Mas progrediu-se, no entanto: hoje está mais claro, pelo menos, a extensão do que não se sabe”.

São significativos os processos de etnogênese que, em meio à situação colonial, modelam novas unidades socioculturais. A história contemporânea das etnias sobreviventes e emergentes na Amazônia é marcada por lutas pela vida e pela terra – num campo de forças que lhes é, renovadamente, hostil –, por migrações, por embates constantes nas novas frentes de ocupação, que reeditam a secular violência colonial. Casos exemplares são o dos Panará, os chamados ‘índios gigantes’, e dos Yanomami, cuja população se divide entre o Brasil e a Venezuela, e que assiste, indefesa, à invasão de suas terras por garimpeiros.

Conseqüentemente, ainda hoje, ignora-se ao certo quantas etnias existem em nosso país e quantas línguas falam.

Essas populações compartilham com as demais minorias a condição de desiguais numa sociedade em que a condição de classe social é estrutural e estruturante das relações sociais historicamente instituídas. São igualmente objeto de expropriação e exploração, ainda que as situações concretas observadas variem. Mas, como bem expressou Roberto Cardoso de Oliveira (1976: 60): "a despeito de poderem ser igualmente índios camponeses, índios-proletários ou índios citadinos, são antes de tudo índios, i. e., portadores de uma etnia diversa que contrasta com os camponeses, proletários e citadinos não-índios".

Ou seja, à condição de desiguais soma-se a de diferentes, condição carregada de um grande poder de determinação. Disso decorre uma 'sobreexploração', ou seja, a advinda da 'sujeição de classe' e, para além desta, a da 'sujeição étnica'. As condições de saúde e doença dessas populações são, por desdobramento, duplamente determinadas. Não há como desconsiderar as perdas territoriais e as mudanças delas decorrentes em termos nutricionais e de qualidade de vida, de maneira geral.

No que diz respeito à diferença, apesar de todos os avanços da etnologia brasileira, sobretudo nestas duas últimas décadas, muitos desses povos conhecidos permanecem desconhecidos em termos etnográficos. Os estudos antropológicos, de maneira geral, apresentam uma lacuna crítica quanto ao campo da saúde e da doença e suas implicações socioculturais. O povo indígena Bororo (MT), um dos mais estudados do país (mais de 60 títulos) por antropólogos tanto brasileiros quanto estrangeiros, apresenta uma ingestão de bebidas alcoólicas secular e crônica que só recentemente passou a ser pesquisada em termos socioculturais e etnopsicológicos (Viertler, 1999; Quiles, 1999).

Apesar de sua inquestionável importância, a produção existente sobre a saúde dos povos indígenas é bastante exígua, destacando-se algumas coletâneas produzidas nesta última década (Santos & Coimbra Jr., 1994; Buchillet, 1991; Coimbra Jr., 1991).

Para promover uma assistência culturalmente coerente à saúde dos povos indígenas, é indispensável a compreensão das categorias tradicionais indígenas acerca do processo saúde-doença. Não há como estabelecer *a priori* como esta ou aquela sociedade ou grupo humano vivencia, pensa e simboliza o processo saúde-doença, que se vincula a

estruturas de significados histórica e culturalmente constituídos. Para Maria Cecília de Souza Minayo (1991: 233), "a doença é uma realidade construída e o doente é um personagem social". Decorre disso que qualquer ação de prevenção, tratamento ou planejamento de saúde necessita levar em conta valores, atitudes e crenças de uma população. A noção de saúde e doença é também, como afirmou Ferreira (1994), uma construção social, visto que "o indivíduo é doente segundo a classificação de sua sociedade e de acordo com critérios e modalidades que ela fixa".

Os conceitos e concepções de determinada sociedade ou grupo social são histórica e culturalmente constituídos. E ao conceito de cultura, como bem expressaram Sevalho & Castiel (1998):

> são pertinentes as formas sociais de expressão da doença, dos modos de prevenção e enfrentamento da doença, e da escolha dos meios de tratamento. Além dos hábitos, costumes e crenças, participam da vida humana, das formas de se viver, orientam certas práticas alimentares e religiosas, certos padrões de organização familiar e comportamento que interferem positiva ou negativamente na saúde.

Segundo Barros (1999), de acordo com a lógica do povo indígena Bakairí (Karib), os determinantes do processo saúde-doença, incluindo o da Aids, vinculam-se à deterioração das relações entre corpo, pessoa e sociedade, e não somente à contaminação pelo vírus em si. Em seu singular modo de pensar, a vulnerabilidade ao HIV não se relaciona às práticas sexuais desprotegidas, em si, mas a comportamentos inadequados, no passado, dos parentes primários, à inobservância de regras de sociabilidade que levam a uma ruptura entre o corpo, a pessoa e a sociedade. Tal imputação etiológica diverge radicalmente da interpretação biologicista da medicina ocidental, ao separar as idéias de transmissão e causação. Isso levanta as seguintes questões: como estabelecer programas e projetos preventivos sem a compreensão de tal multiplicidade de sentidos? Como orientar os jovens para o uso de preservativos, se eles situam a vulnerabilidade fora do indivíduo e de suas práticas?

É de pressupor que a definição de políticas públicas que respeitem as especificidades étnicas, sociais, ambientais e epidemiológicas das etnias brasileiras, como preconizam a Carta Magna de 1988 e as

Conferências Nacionais de Saúde, deva se fundamentar no conhecimento dos fatores sociais, biopsíquicos, históricos e culturais que intervêm na compreensão do processo saúde-doença nessas sociedades. Todavia, a antropologia da saúde é um campo recente no Brasil, e, proporcionalmente, são raros os antropólogos que a ele se dedicam no que diz respeito às populações indígenas. Nesse aspecto, especificamente, também é exígua a produção antropológica. Todavia, a extensa produção etnológica relativa aos povos indígenas brasileiros indica que a doença é pensada e vivida não em termos individuais, mas como algo coletivo. Daí decorre a inadequação das abordagens individuais presentes em todos os níveis do sistema de saúde brasileiro.

Nesse sentido, são três os problemas a enfrentar:

- políticas públicas são políticas públicas e, por seu próprio caráter, são homogeneizantes e homogeneizadoras;
- a exigüidade de estudos antropológicos que se voltem para a questão e possam subsidiar, de forma adequada, a formulação de tais políticas;
- o despreparo das pessoas que atuam na definição dessas políticas e em sua aplicação.

Os dados do Brasil indígena registrados por profissionais do campo da saúde, até o início da década de 90 do século XX, quando existem, estão dispersos e são fragmentários. Os primeiros estudos sobre o quadro de saúde de populações indígenas realizados por profissionais de saúde nessa década são marcados por uma abordagem de caráter mais epidemiológico. São eles:

- *Diagnóstico da situação de saúde da população indígena de Mato Grosso* (Scatena et al., 1994);
- A *saúde do índio: situação atual e propostas para implementação de um modelo de atenção à saúde dos povos indígenas de Mato Grosso* (1995);[1]
- *Condições de saúde nas populações indígenas*, de Ulisses Confalonieri e Maria Luisa Garmelo (1998);
- *Expectativa de vida dos povos indígenas brasileiros*, de Rômulo Cézar Sabóia Moura, do Instituto de Medicina Tropical de Manaus.[2]

[1] Baseia-se no estudo de Scatena et al. (1994), acrescentando algumas observações importantes.

[2] Publicação virtual, disponível em: <http://www.cr-df.rnp.br/~dia/vida01.htm>.

Os dois primeiros dizem respeito ao estado de Mato Grosso, o terceiro especificamente ao estado do Amazonas, e o quarto ao Brasil. Apesar das dificuldades oriundas da ausência de dados, das dificuldades diagnósticas e da subnotificação, como assinalam seus autores, esses dados, ainda que incompletos, denunciam a trágica situação da saúde indígena no país. Em que pese a grande e inquestionável contribuição desses profissionais, inexistem indicadores capazes de determinar a real magnitude dos problemas de saúde desses povos nos níveis nacional, regional e local.

Isso impõe uma reflexão sobre a invisibilidade como forma de exclusão genocida, embora no nível formal estejam sendo implementados os Distritos Sanitários Indígenas – por meio de serviços terceirizados, forma pela qual o Estado abre mão de seus deveres constitucionais – como expressão máxima dos direitos garantidos na Carta Magna de 1988, que incorporou as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em novembro de 1986, em termos de um sistema de atenção à saúde dos povos indígenas que respeite suas especificidades étnicas, sociais, ambientais e epidemiológicas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, a questão indígena constitui uma janela privilegiada para se analisar a questão da desigualdade e diferença em saúde, tendo em vista as contradições entre o discurso oficial e a realidade, que, de forma crua e inquestionável, expõe a trágica situação dessas etnias, como registrado nos estudos antes referidos e a seguir considerados.

Rômulo C. Sabóia Moura, na condição de chefe do Departamento de Saúde da Funai, de setembro de 1994 a dezembro de 1995, implantou um sistema de registro de óbitos nas 47 unidades administrativas regionais da Funai, cobrindo todas as terras indígenas brasileiras. Dessas unidades, 38 (80,9%) notificaram integral ou parcialmente os óbitos ocorridos; 9 (19,1%) deixaram de notificar os três anos. O formulário utilizado continha os seguintes campos a serem preenchidos: administração regional, unidade federativa, data, nome, sexo, posto indígena, etnia, aldeia e causa do óbito.

De janeiro de 1993 a outubro de 1994, foram registrados no país 2.591 óbitos em 135 etnias, com predomínio entre os Kaingang (21,4%) e os Kaiowá (11,5%).

Em termos de sexo, foi registrado o predomínio do masculino (56,5%) sobre o feminino (43,5%). Os óbitos antes dos 5 anos representam 45,8% do total considerado, superando os óbitos acima de 50 anos. A expectativa de vida média dos índios brasileiros registrada foi de 45,6 anos, observando o autor a ocorrência de sua redução progressiva nos últimos três anos, da ordem de 11,6% (1993 – 48,2 anos; 1994 – 45,4 anos; 1995 – 42,6 anos). Esta redução foi mais acentuada na Amazônia ocidental (17,6 %). Vivem menos os índios do vale do Javari (24,5 a), os Yanomami (34,1 a), os Tikuna (34,5 a), os Guajajara (35,0 a), os Makuxi (36,0 a) e os Kaiowá (38,2 a). Vivem mais os Kaigang (56,9 a), os Baré (56,4 a) e os Pankararu (53,4 a).

Esses indicadores mostram baixíssimos níveis de saúde pública, pois predomina a morte na infância, e a expectativa de vida, muito baixa, vem se reduzindo acentuadamente nos últimos anos.

Os dados denunciam o predomínio da morte sem assistência à saúde (quase um quarto dos óbitos registrados teve causa desconhecida), por causas violentas e doenças preveníveis ou curáveis, como as doenças infecciosas e parasitárias. Somam-se a esses os óbitos não registrados, que, muitas vezes, até superam o número de óbitos registrados. A morte sem assistência foi mais freqüente na Amazônia ocidental (27,0%) do que na Extramazônia (20,0%) e na Amazônia oriental (18,2%).

Quanto ao óbito por causas externas e por violência, registraram-se os seguintes dados:

Quadro 1 – Óbitos por causas externas

Motivo	Número de óbitos	%
Acidente	151	40,9
Violência	132	35,8
Intoxicação exógena	21	5,7
Indeterminado	65	17,6
Total	337	100,0

Quadro 2 – Óbitos por violência

Motivo	Número de óbitos	%
Suicídio	83	63,9
Homicídio	33	25,0
Infanticídio	16	12,1
Total	132	100,0

Dos 83 de casos de suicídio registrados no período, 53 (63,9%) foram praticados por membros da etnia Kaiowá, sobretudo em Dourados, Kaarapó e Porto Lindo (MS), e 21 entre os Tikuna (25,3%), no Alto Solimões. Dos 16 casos de infanticídio, 15 ocorreram entre os Yanomami.

A situação registrada no *Diagnóstico da Situação de Saúde da População Indígena de Mato Grosso* (Scatena et al., 1994) revela que a situação de saúde dos povos indígenas desse estado não é diferente do quadro nacional, antes considerado.

Mato Grosso está situado no centro de uma grande e importante área etnográfica da América do Sul. Ela é constituída por 35 nações indígenas filiadas aos troncos lingüísticos Tupi e Macro-Jê e às famílias Aruák, Karib e Nambikwára. Somam-se a estas as chamadas línguas isoladas – isto é, que não revelam parentesco genético com nenhuma outra –, a exemplo das faladas pelos Trumaí, Münky e Irantxe. Sabe-se que existem, nesse estado, grupos isolados, que ultrapassam a casa de uma dezena (Cimi/Opan, 1987: 171).

A dinâmica demográfica da população do estado de Mato Grosso é pouco conhecida, pois se sabe que é considerável o sub-registro em termos de morbi-mortalidade, o que tornam mais complexas as questões relativas à saúde indígena.

Não se conta com um levantamento atualizado dos principais agravos à saúde indígena. Têm-se os apresentados por Scatena et al. (1994) para o período de 1990 a 1992, obtidos a partir dos mapas diários de consulta médica da 'Chácara-Ambulatório' da Fundação Nacional do Índio, atualmente denominada Unidade de Saúde Indígena.

Note-se a prevalência da verminose, das infecções das vias respiratórias, das doenças de pele e das diarréias. Na categoria 'todos os demais agravos', incluem-se problemas cardiovasculares, neurológicos e neoplasias. Chama-se a atenção para as causas 'mal definidas', que variam de 12,4 a 15,6%.

Os dados apresentados por Scatena et al. (1994) relativos à distribuição proporcional dos agravos segundo os grupos étnicos Tapirapé, Enawenê-Nawê, Arara, Bororo, Umutina, Paresi, Kayabí, Rikbáktsa, Apiaká, Nambikwára e Münky, em anos anteriores a 1993 (Quadro 3), denunciam que a malária, ainda que não detectada na Unidade de Saúde da Funai, é um problema para os Tapirapé, Enawenê-Nawê,

Arara, Kayabí, Rikbaktsá e Apiaká, que vivem nas regiões norte, nordeste e noroeste de Mato Grosso.

Quadro 3 – Distribuição percentual dos agravos à saúde diagnosticados na Chácara-Ambulatório da Funai – 1990-1992

Agravo	1990(%)	1991(%)	1992(%)
Verminose	60,0	32,0	15,1
Infecções das vias aéreas superiores e infecções respiratórias agudas	7,1	18,0	16,6
Doenças da pele e tecido celular subcutâneo	10,0	12,4	14,7
Diarréias	4,6	6,2	5,7
Doenças do aparelho geniturinário/ gestação e parto	4,6	8,7	15,5
Tuberculose	3,5	4,1	2,6
Problemas oftalmológicos	1,7	5,1	
Acidentes/traumatismos	1,4	1,5	5,3
Problemas cardiocirculatórios	-	2,1	7,2
Todos os demais agravos	7,1	8,9	17,3
Sinais e sintomas mal definidos	12,4	15,6	15,3
Total	100,0	100,0	100,0

Fonte: Scatena et al., 1994: 14.

A tuberculose, em menor prevalência, evidencia-se entre os Arara, os Bororo, os Kayabí e os Karajá. Observa-se também que, nas populações contatadas na década de 70 do século XX, tais como os Enawenê-Nawê e os Münky, as infecções das vias respiratórias apresentam os mais altos índices, 71% e 53,2%, respectivamente.

Conjuntivite, infecções das vias urinárias, doenças sexualmente transmissíveis, epidemias esporádicas de desidratação e problemas dentários são graves e denunciam condições precárias de alimentação, moradia e alterações do meio ambiente.

O Quadro 4 apresenta os principais agravos referidos pelos profissionais de saúde que atuam junto à população indígena de Mato Grosso, relativos a 1994, e fornece outras informações relevantes, dentre elas o grave problema de alcoolismo dos Bororo e dos Zoró.

Quadro 4 – Principais agravos referidos pelos profissionais de saúde que atuam junto à população indígena de Mato Grosso – 1994

	Arara	Enawenê-Nawê	Zoró	Bororo	Paresi Umutina Irantxe	Tapira-pé	Cinta Larga	Nambikwára
Verminose	X		X	X	X	X		X
IVAS/IRA/ infecção pulmonar	X	X	X	X	X	X	X	X
Malária	X	X	X		X	X	X	X
Diarréia	X		X	X	X	X	X	X
Problemas musculares		X						
Doenças de pele e tecido subcutâneo			X	X	X		X	X
Infecção urinária/DST			X					
Acidentes/ traumatismos								
Outras DIP				X				
Conjuntivites								
Tuberculose	X		X	X				
Desidratação			X		X			
Desnutrição	X			X	X			
Alcoolismo			X	X				

Obs: Infecção das Vias Aéreas Superiores (IVAS); Insuficiência Respiratória Aguda (IRA) e Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP).

Fonte: Scatena et al., 1994: 15.

Com relação à influência pelo grupo etário considerado, a maior prevalência dos problemas respiratórios, a desidratação e as diarréias são agravos que acometem as crianças menores de um ano. Na faixa de um a cinco anos, associam-se aos problemas respiratórios as verminoses, os problemas de pele e a desnutrição. A partir dos cinco anos é que surgem com mais freqüência os problemas geniturinários,

a malária, a tuberculose, os problemas cardiocirculatórios, reumatológicos e os acidentes e traumatismos (Scatena et al., 1994). Considerando todas as causas da mortalidade para essa faixa de idade, identificou-se a prevalência das infecções respiratórias agudas, gastroenterocolites, malária e desnutrição, que respondem por 69,5% das mortes.

Segundo dados levantados nos arquivos do Conselho Indigenista Missionário da Operação Amazônia em algumas Administrações Regionais da Funai (Rondonópolis, Xingu, Tangará da Serra, Nova Xavantina e Barra do Garças), é insuficiente o registro da mortalidade em todas as áreas indígenas do estado de Mato Grosso. Os dados obtidos indicam que, para a totalidade das etnias, há uma concentração de 58,9% das mortes na faixa etária entre zero e cinco anos (Scatena et al., 1994).

Segundo Scatena et al. (1994), não existem registros antropométricos que permitam avaliar o estado nutricional da população indígena infantil. Os relatos sobre a dieta básica possibilitaram aos autores concluir que há problemas importantes de desnutrição em crianças menores de cinco anos, embora haja referência a aleitamento materno para crianças menores de um ano. Se houvesse, de fato, uma alimentação adequada nos primeiros cinco anos de vida, não haveria uma elevada percentagem de óbitos por desnutrição.

Esses percentuais poderiam ser reduzidos de forma significativa com a adoção de medidas no âmbito da atenção primária nas áreas indígenas e, simultaneamente, a aplicação de medidas gerais de higiene e saneamento.

Com relação às causas das mortes para todas as idades, nota-se que elas se devem a infecções respiratórias agudas (20,9%), gastroenterocolites (16,5%) e desnutrição (9,3%), que juntas perfazem 46,7% dos óbitos.

A precariedade dos dados disponíveis reflete o caos instalado na assistência à saúde dos povos indígenas de Mato Grosso. O número elevado de óbitos por causa desconhecida (21,4%) traduz a desassistência aos povos indígenas, mostrando que eles detêm piores indicadores de saúde do que a sociedade brasileira (Prodeagro, 1995).

Conclui-se que a expectativa de vida para os indígenas é de 48 anos, cerca de dois terços dos óbitos conhecidos ocorrem em crianças menores de cinco anos, e cerca de 25% por falta de assistência médica.

Os estudos realizados por Confalonieri & Garnelo (1998) reafirmam a trágica situação de saúde dos povos indígenas que habitam o estado do Amazonas.

Esse estado abriga o maior contingente de população indígena do país, bem como o maior número de áreas e etnias indígenas. Elas somam cerca de 66.231 índios (22% da população indígena brasileira), distribuídos em 737 aldeias, localizadas em 50 municípios do estado, 37 etnias, 17% das 220 do país (Confalonieri & Garnelo, 1998).

Apresenta estrutura demográfica variável, dependendo dos impactos das doenças introduzidas, das respostas relativas à natalidade, desenhadas por histórias particulares de contato. À variabilidade lingüística, ambiental, demográfica, de processos de transformação de sua organização, soma-se ainda a variabilidade de acesso aos serviços de saúde. Todos esses aspectos têm impactos significativos nos perfis de saúde desses povos indígenas (Confalonieri & Garnelo, 1998).

Os estudos realizados indicam que "há evidências de que as sociedades isoladas têm algumas categorias de processos infecciosos como componentes principais do quadro de saúde, juntamente com os traumas por acidente e problemas de parto" (Confalonieri, 1990).

Nessas sociedades, destacam-se as "infecções com focos nos ecossistemas naturais (arboviroses, leishmanioses, etc.), algumas infecções aparentemente autóctones do Continente Americano (Epstein-Baar, hepatites, etc.), bem como microorganismos saprófitas causadores de infecções banais" (Confalonieri & Garnelo, 1998).

O contato estabelecido e continuado introduz novos agentes infecciosos, novos hábitos alimentares e novas tecnologias de subsistência, com importantes repercussões ambientais. A exposição a situações de risco típicas da sociedade urbano-industrial, as intervenções da medicina preventiva (imunizações, sobretudo) determinam mudanças nos padrões epidemiológicos originais.

> Há uma tendência a substituição de processos infecciosos endêmicos por outros e, a longo prazo, a redução da importância das enfermidades transmissíveis e o aumento daquelas de etiologia complexa (crônico-degenerativas) como causas de morbi-mortalidade. (Confalonieri & Garnelo, 1998)

Nas sociedades indígenas brasileiras, observa-se que este processo vem ocorrendo, em muitos casos, de forma acelerada e, em outros, mais lentamente. Nelas, mesmo após séculos de contato, as endemias infecciosas permanecem a categoria de enfermidades de maior importância.

> Este é o caso do Amazonas, onde, em 1993, dentre 173 óbitos registrados pela equipe do DSY/FNS, para uma população de 38.820 índios, 19,8% deles foram causados por doenças infecciosas e parasitárias, a causa predominante dentre aquelas conhecidas, sendo menor percentualmente do que a categoria das causas mal definidas (Confaloniere, 1994).

Segundo Confalonieri & Garnelo (1998), "Da mesma forma pode-se observar a grande importância relativa das doenças infecciosas e parasitárias em um dos grupos de etnias melhor estudados no estado, que são os do Alto Rio Negro".

A importância relativa dos processos infecciosos e parasitários como determinantes da morbi-natalidade em algumas áreas e regiões indígenas no ano de 1993 e sua relevância como causa de óbitos foram apontadas por Confalonieri & Garnelo (1998):[3] causas mal definidas (variando entre 50% e 25%, sendo que dentre as mais altas 50% ocorrem na região do Médio Juruá e 47,6% na área Yanomami) e doenças infecciosas/parasitárias, que variam entre 70% e 4,8% (região do Purus, 70%, e a do Médio Juruá, 50%). Com relação à mortalidade proporcional por grupos de causas e etários na população indígena do Amazonas em 1993, destacam-se: a) para menores de um ano – as nutricionais/metabólicas (30,2%), respiratórias (23,3%) e perinatais (34,9%); b) no grupo de um a quatro anos – as infecciosas/parasitárias (27,3%) e as mal definidas (31,8%); c) para 50 anos – 47% de causas mal definidas.

Os autores ressaltam que o número real de casos por doenças endêmicas infecciosas deve ser maior do que os valores apresentados, não só pelas evidências de sua alta freqüência, mas, principalmente, pelas dificuldades diagnósticas e de subnotificação, em virtude da baixa cobertura e resolutividade dos serviços assistenciais de saúde. Esse fato foi igualmente demonstrado pelos altos índices de óbitos sem causas conhecidas e perinatais (Confalonieri & Garnelo, 1998).

---

[3] Áreas/regiões: Javari, Purus, Yanomami, Rio Negro, Médio Juruá, Alto Solimões e Sataré-Mawé.

Enfim, os dados referentes a Mato Grosso e Amazonas reafirmam, em linhas gerais, o trágico quadro nacional, apresentado anteriormente. Esses dados apontam, por um lado, que prevalece a morte na infância por desassistência e por doenças controláveis através de medidas básicas no âmbito da atenção primária. Por outro, indicam que a vida média dessas populações é baixa e está em processo de redução. Isto denuncia a existência de uma política indigenista genocida com relação a essas populações.

Os dados publicados pelo Ministério da Saúde/Coordenação de Saúde Indígena (Brasil, 1996) para todos os estados brasileiros, relativos aos atendimentos realizados nesse ano, reafirmam esse perfil da saúde indígena no Brasil.

Diante desses dados resta-nos tecer outras considerações.

Como pensar em ações em saúde culturalmente coerentes sem considerar a diversidade sociocultural? Como garantir a essas populações o direito à diferença sem o conhecimento de suas coordenadas socioculturais no campo da saúde e da doença?

Os dados aqui mostrados também atestam a necessidade de produzir mais conhecimento sobre a diversidade sociocultural referenciada ao campo da antropologia da saúde, para que se possa, a partir dele, estabelecer um diálogo intercultural baseado no respeito à diferença – neste caso, a responsabilidade dos etnólogos é grande. Atestam também a urgência de desenvolver um diálogo interdisciplinar entre os profissionais das áreas das ciências sociais e da saúde, que, embora iniciado, se mostra muito tímido diante da gravidade da situação exposta.

Referências Bibliográficas

BARROS, E. P. de. Aids e diversidade sociocultural.. In: CANESQUI, A. M. (Org.) *Ciências Sociais e Saúde: temas para o ensino médico*. São Paulo: Fapesp/Hucitec, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde/Cosai. *Relatório de Atividades da Coordenação de Saúde do Índio*. Brasília, 1996.

BUCHILLET, D. (Org.). *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: Ed. Cejup, 1991.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. *Identidade, Etnia e Estrutura Social*. São Paulo: Livraria Editora Pioneira, 1976.

CARNEIRO DA CUNHA, M. Introdução a uma história indígena. In: CARNEIRO DA CUNHA, M. (ORG). *História dos Índios no Brasil.* 2.ed. São Paulo: Companhia das Letras/Fapesp, 1998.

CIMI/OPAN. *Índios em Mato Grosso* (Dossiê). Cuiabá: Gráfica Cuiabá, 1987.

COIMBRA JR., C. E. A. (Coord.) Saúde das Populações Indígenas. *Cadernos de Saúde Pública*, VII(4), out.-dez. 1991. (Número temático).

CONFALONIERI, U. & GARMELO, M. L. Condições de saúde nas populações indígenas. In: ROJAS, L. B.I. & TOLEDO, L. M. de (Orgs.) *Espaço e Doença: um olhar sobre o Amazonas*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Ed. Fiocruz, 1998.

FERREIRA, J. O corpo sígnico. In: ALVES, P. C. & MINAYO, M. C. S. (Orgs.) *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

MINAYO, M. C. S. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. *Revista de Saúde Pública*, 25(3): 233-238, 1991.

MOURA, R. C. S. *Expectativa de vida dos povos indígenas brasileiros*. Disponível em <http://www.cr-df.rnp.br/~dia/vida01.htm>.

PRODEAGRO. *A Saúde do Índio: situação atual e propostas para implementação de um modelo de atenção à saúde dos povos indígenas de Mato Grosso*. Projeto de Cooperação Técnica PNUD/BRA/94/006. Cuiabá: Governo do Estado de Mato Grosso, Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral, 1995.

QUILES, M. *Um estudo etnopsicológico do comportamento alcoólico entre os Bororo de Meruri e Garças: Mato Grosso.* Versão preliminar apresentada para exame de qualificação. Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, Instituto de Saúde Coletiva, UFMT, 1999. (Mimeo)

RICARDO, C. A. Os "índios" e a sociodiversidade nativa contemporânea. In: *A Temática Indígena na Escola.* Brasília, MEC/Mari-USP/Unesco, 1995.

SANTOS, R. V. & COIMBRA JR, C. E. A (Orgs.) *Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

SCATENA, J. H. G. et al. *Diagnóstico da Situação de Saúde da População Indígena de Mato Grosso*. Cuiabá, 1994.

SEVALHO, G. & CASTIEL, L. D. Epidemiologia e antropologia médica: a possível in(ter)disciplinaridade. In: ALVES, P. C. & RABELO, M. C. (Orgs.) *Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras.* Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1998.

TEIXEIRA, R. F. A. *As Línguas Indígenas no Brasil: a temática indígena na escola*. Brasília: MEC/Mari-USP/Unesco, 1995.

VIERTLER, R. B. Alcoolismo entre os Índios Bororo.. In: CANESQUI, A. M. (Org.) *Ciências Sociais e Saúde: temas para o ensino médico*. São Paulo: Fapesp/ Hucitec, 1999.

15 Especificidades da Raça/Etnia nas Questões de Saúde

Estela María García de Pinto da Cunha

Introdução

Este trabalho tem por objetivo traçar um panorama das discussões teóricas desenvolvidas na atualidade sobre a saúde da população segundo raça/etnia, especificamente da população negra.

Numa breve revisão bibliográfica, são tecidas considerações sobre linhas exploratórias que buscam explicar os efeitos dos condicionantes biológicos na saúde da população negra.

Abordam-se os levantamentos feitos na literatura nacional sobre os condicionantes socioeconômicos que, ao se traduzirem em condições materiais de vida, incidiriam em padrões diferenciais de adoecer e morrer, dependendo da raça/etnia da população.

Para fornecer uma visão internacional das linhas de pesquisa que abordam este tema, na terceira seção, faz-se uma breve revisão bibliográfica, salientando-se algumas das conclusões.

Sobre a Dimensão Biológica do Processo Saúde-Doença-Morte e Raça/Etnia

Trabalhos publicados sobre a relação entre saúde e raça/etnia indicam a existência de certas doenças que podem ser catalogadas como raciais, por surgirem com mais freqüência ou com exclusividade em determinados grupos étnicos em razão de predisposições biológicas. Embora se reconheça o componente biológico no conceito raça, não se pode concluir que existe um determinismo provocado por ele.

Entretanto, o conceito de etnia pareceria mais adequado para entender o processo saúde-doença-morte porque, além de incorporar a condição biológica humana, acrescenta os componentes relacionados às condições socioeconômicas e aos aspectos culturais (Oliveira, 1998).

A título de reflexão, vamos nos deter nas doenças sobre as quais se têm evidências da determinação genética, ou seja, as que têm berço hereditário, destacando-se entre elas as anemias hereditárias, especialmente a falciforme. Esta doença, originária da África, especificamente nas zonas endêmicas de malária, incide predominantemente sobre afro-descendentes, sendo que no Brasil prevalece o tipo Banto, a forma mais grave segundo a classificação médica. A população falcêmica está mais exposta a infecções graves, especialmente na primeira infância e nas mulheres em período gravídico, o que aumenta as chances de maior nível de mortalidade infantil, de perdas fetais e de mortalidade materna na população negra (Oliveira, 1999). Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) assinalam, para o Brasil, o nascimento de 2.500 crianças falcêmicas a cada ano.

Estudos comparativos sobre a diabetes tipo II segundo raça constatam que os homens negros apresentam 9% a mais de probabilidade de desenvolver diabetes que os homens brancos. Essa probabilidade aumenta para 50% no caso das mulheres, o que aponta um alto índice de diabetes gestacional em mulheres negras (Brasil, 1996).

Outros autores mencionam o aparecimento, na população negra, de maior número de casos de polidactilia, deficiência de enzima hepática, que, mesmo incidindo em outros grupos raciais/étnicos, é mais grave ou de tratamento mais difícil quando acomete os negros. E o câncer de colo de útero, que, condicionado à situação socioeconômica, igualmente se calcula ser duas vezes mais freqüente em mulheres negras.

Também foi constatado (Zago, 1994, 1996) que as doenças cardíacas e a hipertensão arterial, umas das principais causas de morte, são mais prevalentes nos negros, sendo que a última aparece mais cedo e de forma mais grave nesta população. Chama-se a atenção para os dados apresentados por Araújo (1994), que mostra maior probabilidade (9%) de aparecimento desta doença nas mulheres negras e suas conseqüências no processo gravídico e na morte materna por toxemia decorrente de hipertensão arterial.

Por ter relação com conseqüências diretas que possam causar no desenvolvimento e morte de crianças, destacam-se os miomas uterinos, considerados como doença racial/étnica de origem genética (Oliveira, 1999). Estudos realizados nos Estados Unidos apontam que a prevalência de miomas entre as mulheres negras é cinco vezes maior que nas brancas e que, segundo seu tamanho e localização – especialmente os da parede interna do útero –, esses miomas provocariam maior incidência de abortamento espontâneo e parto prematuro.

Por último, nesta revisão da literatura sobre os fatores genéticos que influenciariam a saúde da população negra, destaca-se a necessidade de identificar riscos diferenciais para ela, em especial os relacionados à mortalidade fetal e perinatal, já que as mulheres portadoras de diabetes, de miomas submucosos e de anemia falciforme apresentam maior incidência de abortamento espontâneo e partos prematuros.

Pelo exposto até aqui, acredita-se que é importante considerar os aspectos genéticos como um dos condicionantes do processo de saúde-doença-morte, embora se deva reconhecer suas limitações como marco explicativo abrangente do fenômeno, já que a base genética por si só não desencadeia o processo de doença. Devem-se considerar, em conjunto, as ocorrências, condições, agravos e dificuldades de acesso aos serviços de saúde e tratamento de doenças, derivados de condições socioeconômicas desfavoráveis a que essa população está exposta.

Portanto, entende-se o processo saúde-doença-morte não somente condicionado por fatores biológicos, mas, também, dependente dos processos sociais concretos que vão formando grupos populacionais diferenciados quanto às condições de vida, que, por sua vez, geram padrões patológicos particulares.

Sobre a Dimensão Socioeconômica e Cultural do Processo Saúde-Doença-Morte e Raça/Etnia

O processo histórico de formação da sociedade capitalista brasileira implicou o desenvolvimento de uma complexa rede de contradições sociais. Assim, foram sendo criados e recriados, por meio da industrialização e modernização, critérios de seleção social, que geraram desigualdades sociais.

A chamada revolução burguesa transformou os grupos populacionais considerados de categoria inferior – negros, índios e imigrantes – em trabalhadores, porém não os converteu em cidadãos. Conseqüentemente, as desigualdades sociais foram compreendendo e mesclando diversidades raciais e de classe social, provocando um efeito duplo de contradições de classe e raça (Ianni, 1991; Coimbra, 1997).

Esses efeitos acumulados decorrentes das desigualdades ficam evidentes quando se analisa a apropriação econômica, de bens e serviços, e direitos sociais, políticos e culturais que a população negra detém no Brasil, quando comparada com a população branca. Essas desvantagens sistemáticas se expressam na participação desigual no mercado de trabalho, nos níveis de renda, no acesso ao sistema formal educacional, enfim, nas oportunidades de mobilidade social.

Sobre como as três subpopulações se distribuem nas diferentes posições socioeconômicas, segundo sua inserção no processo produtivo, sabe-se que a questão da mão-de-obra negra vincula-se à problemática do trabalho marginal, temporário e precário (Chaia, 1986), conseqüência do processo histórico brasileiro desde a escravidão até os dias de hoje.

Estudos sobre o tema (Hasenbalg, 1979; Beozzo, 1984; Porcaro et al., 1988; Chaia, 1988) mostram as dificuldades dos negros em superar o nível de pobreza por meio do trabalho, apesar de entrarem no mercado muito mais precocemente que os brancos.

Observa-se também que eles ocupam as posições menos qualificadas e apresentam pior posição relativa no que diz respeito ao desemprego aberto e encoberto. Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 1995, tabulados por Simões & Cardoso (1997), evidenciam que a população negra com dez anos e mais, independentemente do sexo, alcança taxas de desocupação mais elevadas comparadas às da população branca, no Brasil e em todas as grandes regiões. A título de exemplo, podemos citar os achados para o país: enquanto a estimativa deste indicador para as mulheres brancas era de 7,45%, as negras assumem 9,11%, sendo que esses valores nos homens são de 5,35% e 6,10%, respectivamente (Simões & Cardoso, 1997).

Outro indicador importante que mostra a posição precária dos negros em relação aos brancos é o rendimento, que evidencia uma diferença salarial significativa em todos os setores de atividade da

economia, mesmo em ocupações semelhantes. Segundo as estimativas de Simões e Cardoso, a proporção da população economicamente ativa (PEA) com renda de até dois salários mínimos era, em 1995, de 61% para as mulheres brancas e 81% para as negras, e entre os homens, de 38% e 62%, respectivamente.

Todas estas constatações foram reafirmadas pelos dados da pesquisa 'Mapa da População Negra no Mercado de Trabalho', realizada em 1998 pelo Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (Dieese), que coletou dados nas cinco principais regiões metropolitanas do país. Essas informações permitem concluir que ainda hoje existe preconceito contra os negros no mercado de trabalho brasileiro, já que são eles os que continuam recebendo os menores salários, são maioria nos postos de trabalho precários, convivem mais com o desemprego, têm menos estabilidade em suas vagas e estão mais distantes de cargos de chefia, sejam eles de direção e/ou planejamento.

É interessante ressaltar dois fatos: o mercado de trabalho é seletivo no que se refere ao grupo étnico negro e, ademais, é este grupo que vive sob condições de maior pobreza, devido ao montante de que se apropria, através do rendimento, da distribuição dos ganhos daquilo que é produzido pela sociedade.

Vários estudos constatam que, em igualdade de condições socioeconômicas, existe um diferencial racial no acesso ao sistema formal de educação. Como exemplo, citamos as conclusões de Hasenbalg & Silva (1991), que constatam que a proporção de negros (pardos e pretos) sem nenhum acesso à escola é três vezes maior que a dos brancos; quando conseguem ingressar no sistema formal, além de fazê-lo muito mais tardiamente, obtêm níveis de escolaridade consistentemente inferiores aos dos brancos da mesma origem social; os retornos da escolaridade adquirida em termos de inserção ocupacional e renda tendem a ser proporcionalmente menores para negros que para brancos. Outros estudos assinalam que, em 1995, do total de mulheres classificadas como analfabetas funcionais, ou seja, com até três anos de instrução, 17% eram brancas e 38% negras. Entre os homens esses valores eram de 19% e 40%, respectivamente.

Por todo o enunciado até aqui, conclui-se que os negros brasileiros estão expostos a um ciclo de desvantagens cumulativas na

mobilidade social intergeracional, fato que os coloca em posição de maior vulnerabilidade frente a uma série de agravos à sua saúde. Conclui-se também que a população negra brasileira vivencia situações de exclusão, marginalidade e/ou discriminação socioeconômica, que a expõem com maior vulnerabilidade a uma série de agravos à saúde. Salienta-se que a maior suscetibilidade se deve a fatores tanto de ordem biológica, como socioeconômica e cultural.

Revisão da Bibliografia Internacional sobre Mortalidade Infantil e Raça/Etnia

Vários estudos americanos explicitam as dificuldades de trabalhar com raça/etnia na área da saúde, mas reconhecem a necessidade e a importância de sua utilização como variável discriminatória. Outros apontam a falta de um marco teórico específico do tema e salientam que os estudiosos deveriam construir um esquema teórico a partir de estudos empíricos quantitativos (Herman, 1996).

Na literatura americana, constatam-se, a partir da aplicação de vários modelos de pesquisa, diferenciais no risco de mortalidade de menores de um ano, segundo a raça da mãe e/ou da criança. Isto mostra como a variável raça prediz esses níveis, mesmo em estudos que, usando técnicas estatísticas, tentam controlar uma série de outros fatores de risco, como idade, estado civil e educação da mãe, número de exames pré-natais, trimestre de início do pré-natal, nível socioeconômico da família etc.

A maioria dos estudos calcula que a mortalidade dos filhos menores de um ano de mães negras e brancas residentes nos Estados Unidos se encontra próxima a um patamar duas vezes superior nas primeiras (Sung et al., 1994; Schieve & Handler, 1996). Não existe, porém, uma explicação clara para a manutenção dessas diferenças.

Estudos epidemiológicos ou médicos salientam que a mortalidade neonatal é mais acentuada entre os negros, mantendo-se a diferença, mesmo que num nível menor, nos riscos relativos de mortalidade pós-neonatal entre os dois subgrupos populacionais. Uma das linhas explicativas ressalta que, com maior freqüência, os filhos de mães negras nascem com menor peso, além de ser mais freqüente entre eles

o menor tempo de gestação, quando comparado com o dos filhos de mães brancas (Schieve & Handler, 1996; Leland et al., 1995). Calcula-se maior proporção de menores de 2.500 gramas nos filhos de mães negras, e, em média, elas teriam gestações inferiores a 37 semanas, enquanto para as mulheres brancas a proporção de filhos prematuros e com baixo peso ao nascer seria menor.

Dentre os autores que pesquisaram o tema conjugando variáveis biológicas e socioeconômicas, parece existir uma opinião generalizada de que as análises por grupos socioeconômicos não alcançariam explicar as diferenças encontradas entre brancos e negros em relação a vários aspectos da saúde, especificamente na mortalidade infantil. Apontam a necessidade de levar em conta, também, fatores culturais e ambientais, considerando as inter-relações destes fatores com os psicossociais aos quais, cronicamente, as mulheres negras estão expostas devido à discriminação racial, situação que afetaria negativamente seu processo reprodutivo, a saúde e a sobrevivência de seus filhos (Blackmore et al., 1993).

Outros autores (Adams et al., 1991) estimam que o risco relativo é duas vezes superior na prevalência de hipertensão das mães negras, assim como suas seqüelas, especialmente nas idades reprodutivas mais avançadas, e explicam como essas maiores taxas de prevalência influenciam na maior mortalidade infantil de seus filhos.

Comentários Finais

A partir de uma revisão bibliográfica sobre o tema saúde e grupos étnicos (especificamente da raça negra), nos âmbitos internacional e nacional, podem-se identificar duas grandes linhas teóricas que, em geral, nortearam esses trabalhos.

Uma delas, mais centrada na dimensão socioeconômica, parte da análise da posição que os negros ocupam na sociedade brasileira – desde a escravidão até a atualidade – explicando os agravos à saúde e os maiores níveis de mortalidade dessa subpopulação, quando comparados aos dos brancos, como resultado do processo de discriminação racial/social a que estiveram e estão expostos.

A segunda enfatiza a dimensão biológica, a partir da qual se poderiam pesquisar os condicionantes para o aparecimento de doenças

ou agravos à saúde, em especial as que se apresentam com exclusividade ou maior prevalência entre os negros em função da predisposição genética.

Ambas as dimensões são complementares e devem ser contempladas nas pesquisas referentes ao recorte étnico na saúde. Assim, poderiam ser identificadas as reais causas dos diferenciais existentes no processo saúde-doença-morte segundo a raça/etnia e, por sua vez, formuladas políticas públicas destinadas especificamente à população negra.

Para finalizar, nos valemos dos comentários de Oliveira (1999):

> Em geral, credita-se a morbidade e a mortalidade alta e precoce entre os negros no Brasil apenas às péssimas condições de vida. Esta visão, hegemônica entre profissionais da saúde, é uma abstração, pois prescinde da análise da condição humana como também um fato biológico – e, como tal, regido também por leis biológicas. Ou seja, a postura simplista e economicista de que negros padecem mais e precocemente de algumas doenças e de que morrem mais e 'antes do tempo' tão somente porque são pobres é parcial e insustentável. Diferentes estudos demonstram que ser pobre e negra determina prognóstico desfavorável em quase todas as enfermidades, a começar pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Faltam pesquisas no Brasil sobre o papel desempenhado pela anemia falciforme na morbi-mortalidade infantil e adulta, e pelos miomas, hipertensão e diabetes no abortamento, taxa de natimortos e infertilidade. Para mudar o cenário da ausência de diagnóstico, e consequentemente da falta de dados e da alta taxa de morbi-mortalidade, urge sensibilizar clínicos(as), pediatras, ginecologistas e obstetras (estamos falando de profissionais comuns, do atendimento básico e cotidiano da medicina, nada de superespecialistas) e o aparelho formador na área de saúde (sobretudo medicina e enfermagem) para a essencialidade da compreensão da singularidade do recorte racial/étnico para o ensino, a pesquisa biomédica e a prática da medicina.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, M. J. As reflexões no movimento feminista. *Cadernos de Pesquisa Cebrap*, 2: 49-55, 1994.

BLACKMORE, C. A. et al. Is race a risk factor or a risk marker for preterm delivery? *Ethnical Disease*, 3(4): 372-377, 1993.

COIMBRA, C. E. A. *Minorias Étnico-Raciais, Desigualdades e Saúde: considerações teóricas preliminares*. Congresso Latino-Americano de Ciências Sociais e Medicina, 4, 1997, México. *Anais*... México: Cocoyoc, 1997.

HASENBALG, C. Raça e mobilidade social. In: HASENBALG, C. & SILVA, N. V. (Orgs.) *Estrutura Social, Mobilidade e Raça*. São Paulo, 1988.

HASENBALG, C. & SILVA, N. V. Raça e oportunidades educacionais no Brasil. In: *Desigualdade Racial no Brasil Contemporâneo*. Belo Horizonte: Cedeplar/Face/Ufmg, 1991.

HERMAN, A. A. Toward a conceptualization of race in epidemiologic research. *Ethnical Diseases*, 6(1-2): 7-20, 1996.

IANNI, O. A questão racial no Brasil. In: *Desigualdade Racial no Brasil Contemporâneo*. Belo Horizonte: Cedeplar/Face/UFMG, 1991.

LELAND, N. L. et al. Variations in pregnancy outcomes by race among 10-14-year-old mothers in the United States. *Public Health Rep.*, 110(1): 53-58, jan.-feb.1995.

OLIVEIRA, F. O *Recorte Racial/Étnico e a Saúde Reprodutiva: mulheres negras*. Rio de Janeiro: Fundação Ford/Fiocruz, 1999.

SCHIEVE, L. A. & HANDLER, A. Preterm delivery and perinatal death among black and white infants in a Chicago-area perinatal registry. *Obstet Gynecol*, 88(3): 356-363, sep.1996.

SIMÕES, C. & CARDOSO, R. *Indicadores Sociais Mínimos*. Rio de Janeiro: IBGE, 1997.

SUNG, J. F. et al. Maternal factors, birthweight, and racial differences in infant mortality: a Georgia population-based study. *J. Natl Med. Assoc.*, 86(6): 437-443, jun.1994.

Parte V

Perspectivas Sócio-Históricas na Saúde: concepções sobre prevenção

16 Prevenção ao HIV/Aids: lições e dilemas

Simone Monteiro

Prevenção: lições da epidemia de HIV/Aids

O presente artigo focaliza as contribuições da abordagem sociológica na compreensão das práticas sociais, com o objetivo de pensar algumas lições e dilemas das propostas educativas em saúde, em particular aquelas relacionadas à epidemia de HIV/Aids.[1]

A literatura sobre o papel das campanhas e programas educativos no controle da Aids tem evidenciado que, durante a primeira década da epidemia, o discurso preventivo enfatizou a veiculação de informações básicas das formas de (não) transmissão do vírus HIV, dentro de uma visão fatalista, normativa e discriminatória.

Com exceção de perspectivas alternativas, criadas por organizações não-governamentais,[2] prevaleceu a abordagem alarmista, caracterizada pela divisão entre os culpados pela disseminação do vírus (homossexual, 'desviante', 'promíscuo', 'drogado', africano, profissional do sexo) e as vítimas indefesas (crianças e hemofílicos). Tal visão gerou ações de discriminação, principalmente entre populações marginalizadas e contribuiu para a disseminação do vírus entre os diversos segmentos sociais, dentre os quais aqueles considerados 'fora de risco'. (Bolton, 1992; Oppenheimer, 1992; Farmer, 1993; Patton, 1996).

---

[1] Os argumentos aqui desenvolvidos integram uma reflexão mais ampla descrita em Monteiro (2002).

[2] Ao analisar as respostas sociais em face da epidemia de HIV/Aids, Bastos (1998:17) afirma: "A partir da Sida, o processo de produção da ciência médica ficou mais acessível ao escrutínio público; abriram-se janelas e portas nos muros das torres de marfim e nas paredes das caixas pretas cujos produtos finais fôramos habituados a consumir sem conhecer ou questionar os detalhes do seu fabrico". Como complemento, ver Altman (1995).

Informados pela construção do conceito de 'grupo de risco' e pelos pressupostos do modelo biomédico e da psicologia comportamental, as políticas de prevenção hegemônicas foram caracterizadas pela associação da transmissão do HIV com a noção de promiscuidade, pela presunção de uma homogeneidade de representações e práticas dos grupos sociais no campo da sexualidade e do uso de drogas e pela falta de ênfase em alternativas de sexo mais seguro, para além do uso da camisinha ou da abstinência. Identifica-se ainda a pouca problematização das dificuldades de adesão às práticas preventivas e do acesso aos serviços de assistência. Quer dizer, o discurso preventivo não levou em conta a complexa dinâmica de fatores sociais, históricos e econômicos envolvidos na adequação e mudança das práticas do cotidiano e, em conseqüência, aquelas relacionadas à saúde.

No contexto brasileiro, mesmo com suas especificidades, há semelhanças em relação à realidade internacional no que se refere às restrições ao discurso preventivo hegemônico e às contribuições das organizações não governamentais na criação de visões e ações diferenciadas, voltadas para a concepção de solidariedade e dos direitos das pessoas contaminadas (Parker et al., 1994).

No final da segunda década da Aids, nota-se, em termos mundiais, que as críticas às políticas de intervenção hegemônicas, o aumento de casos e as alterações no perfil da epidemia, estimularam reformulações no campo da prevenção. Ao fazer um balanço das respostas sociais perante a Aids, Parker (1996) identifica que, na década de 90, houve mudanças nos paradigmas das pesquisas sociais e comportamentais voltadas para o controle da epidemia, como a ênfase na dimensão social, política, econômica e cultural na análise das causas relacionadas à transmissão do HIV. Segundo o autor, gradualmente as abordagens educativas centradas na informação e na responsabilidade individual foram sendo substituídas por modelos multidimensionais, orientados pela concepção de mobilização comunitária e '*empowerment* coletivo'. Em suas palavras:

> *Perhaps the single most important transformation in our thinking about HIV/Aids in the early to mid-1990s has been the attempt to move beyond this contradiction (between 'risk groups' and 'the general population') by shifting from the notion of individual risk to a new understanding of social vulnerability as crucial not only to our*

> *comprehension of the dynamics of the epidemic, but to any strategy capable of diminishing its advance.* (Parker, 1996: 28)

O contexto atual, caracterizado pelo aumento significativo do número de casos de Aids entre as populações empobrecidas e marginalizadas, evidencia que as políticas de prevenção precisam considerar as conexões entre saúde pública, direitos humanos e transformações na estrutura social.[3]

Orientados por essa visão, Parker & Camargo Jr. (2000) refletem de que modo as formas de exclusão social contemporâneas – decorrentes da reestruturação da economia internacional nas últimas décadas – estão inter-relacionadas com a maior vulnerabilidade ao HIV de determinados segmentos sociais. Esta conexão perversa entre problemas sociais diversos, precariedade das redes sociais de proteção e suscetibilidade ao HIV indica que os esforços para conter a disseminação da epidemia estão relacionados à busca da superação das desigualdades e injustiças sociais, por meio de ações globais integradas. Apenas mudanças na estrutura social, visando à conquista dos direitos básicos de cidadania e da eqüidade de oportunidade dos variados segmentos sociais e do gênero, podem diminuir a exposição ao HIV.

Neste trabalho, procuro ressaltar que a discussão sobre os limites e desafios das políticas de controle do HIV deve levar em conta que as manifestações culturais dos diversos grupos sociais resultam da combinação das lógicas simbólicas, posições socioeconômicas e contextos de existência. Nesse sentido, argumento que as propostas preventivas de alteração do comportamento da população devem conjugar o plano dos valores culturais, compartilhados pelos diferentes grupos sociais, com as condições materiais de existência e a criação de políticas comprometidas com os serviços sociais, de saúde e educação de qualidade, capazes de fornecer redes sociais de proteção às populações mais vulneráveis. Saliento, portanto, que um dos passos – dentre vários – para o desenvolvimento de políticas preventivas mais conseqüentes e efetivas refere-se à identificação da visão de mundo e das práticas dos diferentes grupos sociais, que integram as sociedades com-

---

[3] A noção de vulnerabilidade individual, social e programática – proposta por Mann, Tarantola & Netter (1993) – forneceu a base de sustentação dessa perspectiva. Para uma discussão acerca da origem e das contribuições da noção de vulnerabilidade para o conhecimento e as intervenções sobre as doenças, ver Ayres et al. (1999).

plexas contemporâneas (Velho, 1994). No caso da Aids, tal desafio tem contribuído para um aprofundamento das discussões no campo da sexualidade, conforme indicam os estudos sobre as variações em termos das identidades, dos gêneros e das representações e práticas relativas à sexualidade.[4]

A constatação de tais variações denota que a perspectiva generalizante e uníssona do discurso preventivista não contempla a polifonia dos sentidos das práticas dos grupos sociais. Quer dizer, ao revelar a diversidade das manifestações culturais nas sociedades modernas, a abordagem sócio-histórica tem trazido contribuições importantes no sentido de apontar para os equívocos das campanhas educativas descontextualizadas e orientar mudanças nesse campo.

A produção acadêmica brasileira referente à predominância do ideário tradicional nas classes populares urbanas[5] permite um aprofundamento das críticas às limitações da universalização das políticas preventivas hegemônicas. Não basta apenas admitir as diferenças socioculturais entre as classes, é preciso reconhecer as restrições das propostas voltadas para as camadas populares no campo da saúde, centradas numa universalização da ideologia individualista.

A dificuldade de determinados grupos sociais aderirem à concepção moderna do conceito de sexo mais seguro está enraizada na própria concepção de mundo que advogam. Os trabalhos sobre as implicações para a prevenção do HIV entre mulheres de baixo poder aquisitivo, decorrentes da presença da hierarquia do gênero nas relações conjugais,[6] exemplifica esse ponto de vista. Reflexões sobre a lógica que orienta a noção de risco no universo dos(as) profissionais do sexo (Alves, 1994; Peterson, 1994) e entre moradores de favelas cariocas (Fernandes & Monteiro, 1997) também enriquecem as interrogações em torno das abordagens no âmbito da educação em saúde centradas na matriz cultural moderna.

Em suma, dentre as variadas críticas às limitações do uso do modelo biomédico e comportamental nas políticas preventivas, optei por enfatizar que as práticas cotidianas não resultam simplesmente de

[4] Conferir: Gagnon (1990); Carrier & Bolton (1991) e Vance (1991).

[5] Ver Duarte (1998); Sarti (1996) e Heilborn (1997).

[6] Convém ressaltar o predomínio de estudos sobre mulheres neste campo: Simões Barbosa (1994); Guimarães (1996); Villela (1996); Goldstein (1996).

decisões racionais individuais, mas das conjugação entre as condições materiais e simbólicas de existência.

Por meio de formulações teóricas sobre a lógica das práticas sociais, apresentadas a seguir, pretendo desenvolver esse ponto de vista e, por conseguinte, subsidiar o entendimento de por que o conhecimento dos meios de transmissão de uma doença não é condição suficiente para gerar novos comportamentos.

Estruturas e Práticas Sociais na Produção do Significado

A análise das práticas da vida cotidiana a partir de um enfoque sociológico nos remete para a dinâmica da relação entre o indivíduo e as estruturas sociais, bem como para a discussão dos aspectos subjetivos e objetivos da produção científica, voltada para a análise da cultura. De forma generalizada, pode-se dizer que a reflexão em torno desse tema orientou a construção de métodos de conhecimento do mundo social, denominados de objetivismo e subjetivismo, cujas figuras paradigmáticas são Durkheim e Weber, que, junto com Marx, são considerados os fundadores do pensamento sociológico moderno.

Na busca de proposições teóricas visando à superação das visões orientadas pela premissa da determinação da estrutura social sobre o indivíduo (objetivismo), bem como das abordagens fenomenológicas centradas na experiência individual (subjetivismo), Bourdieu sugere uma perspectiva analítica alternativa, denominada de conhecimento praxiológico, voltada para a análise das relações dialéticas entre o ator e a estrutura social.

Segundo essa visão, as práticas sociais não são o produto da obediência às regras "objetivamente adaptadas a seu fim sem supor a intenção consciente dos fins e o domínio expresso das operações necessárias para atingi-los, conforme propõe o objetivismo", "nem tampouco resultam de uma ação organizada de um regente", segundo sugere o subjetivismo (Bourdieu, 1994a: 61, 65). Essa formulação pode ser compreendida por meio do conceito de *habitus*, definido como um sistema de disposições, decorrente de experiências passadas, duráveis e transponíveis, que gera as percepções e ações dos indivíduos.

De acordo com esse ponto de vista, o mundo social é um espaço multidimensional caracterizado por uma rede de 'campos',[7] com uma dinâmica e uma lógica próprias, investidos de capital (poder), seja econômico ou cultural. A interação entre os 'campos' é marcada por disputas que visam a manter ou a mudar a configuração dessas forças. A classe dominante, por ter mais acesso e possuir mais capital, tende a controlar os campos investidos de poder e estabelecer uma distinção social em relação às outras classes. Diferentes posições sociais no interior dos 'campos' indicam variações de estilos de vida. O gosto – escolhas e preferências dos indivíduos, aparentemente voluntárias – forma a base do estilo de vida das práticas sociais, funcionando simbolicamente como sinais de posição social, status e distinção. Assim, o estilo de vida guarda estreita relação com a posição social; conforme evidenciam os levantamentos das preferências e práticas culturais entre as classes populares, médias e superiores (Bourdieu, 1994b).

Apesar de considerar a dimensão subjetiva das práticas sociais e dos bens simbólicos, sua obra sugere a forte influência das condições objetivas na formação das disposições orientadoras das práticas. A interação social, pensada a partir das relações de poder, contribui, de forma original, para o entendimento da reprodução das condições sociais, mas, por outro lado, limita a percepção das mudanças em termos das trajetórias pessoais e da construção histórica.

Bourdieu, no entanto, responde às críticas. Quando perguntado sobre o viés determinista de sua teoria – expresso na crítica da fórmula: 'estruturas produzem *habitus*, que determinam práticas, que reproduzem estruturas' – o autor argumentou que sua proposição vem de encontro justamente aos modelos circulares pelo fato de ser um sistema aberto de disposições, durável, mas não eterno. Embora reconheça que todos os estímulos exteriores são percebidos a partir de experiências anteriores e que as experiências originais são prioritárias nesse sistema de disposições, o autor sustenta que um mesmo *habitus* pode produzir práticas distintas, pois é um sistema de potencialidades

---

7 Segundo o autor, 'campos' são espaços relativamente autônomos, nos quais as posições dos agentes estão fixadas a priori. Tal formulação pode ser ilustrada pela análise de Bourdieu do campo científico como um campo social, ou seja, um espaço de forças e lutas políticas pelo 'monopólio da competência científica'. Nas suas palavras: "não há escolha científica (...) que não seja uma estratégia política de investimento objetivamente orientado para a maximização do lucro propriamente científico, isto é, a obtenção do reconhecimento dos pares-concorrentes" (Bourdieu, 1994c: 126-127).

produzidas na 'relação' com as estruturas; portanto, é capaz de reproduzi-las e modificá-las. A concepção da prática como resultado da relação dialética entre a estrutura objetiva (definidora das condições sociais de produção do *habitus*) e a situação (espaço social) de exercício do *habitus* revela o sentido de continuidade e regularidade, mas aponta para a possibilidade de mudança (Bourdieu, 1992).

Os argumentos do sociólogo francês fornecem um consistente instrumental teórico para a compreensão dos mecanismos de poder e de reprodução das práticas sociais. Todavia, apresentam algumas restrições para estudar certos processos de mudança. Salienta-se que as teorias, de um modo geral, encontram restrições para explicar todos os fenômenos sob uma certa ótica, estimulando a busca de abordagens complementares. Nesse sentido, optou-se por pensar a contribuição de Bourdieu à análise da lógica das práticas cotidianas no campo da saúde.

Aspectos Simbólicos das Práticas no Campo da Saúde

Ao refletir sobre a relação entre classe, saúde e estilo de vida,[8] Williams (1995) argumenta que os comportamentos, inclusive no campo da saúde, são percebidos como 'naturais'. As ações, em geral, não resultam de um planejamento racional; elas refletem a reprodução de comportamentos aprendidos e internalizados, conforme sugere o conceito de *habitus* proposto por Bourdieu.

Dentro de um eixo similar, o estudo de Santos (1992) sobre práticas sexuais e prevenção do HIV/Aids apresenta uma análise crítica dos trabalhos voltados para comportamentos no campo da saúde, centrados ora nas crenças e no conhecimento do indivíduo, ora na determinação das condições socioeconômicas.

Para a autora, as diferentes manifestações de interação sexual expressam o passado estrutural dos sujeitos por meio de disposições resultantes da sua posição na estrutura social. As investigações acerca das práticas sexuais devem, portanto, identificar a relação entre os

[8] As clássicas obras de Boltanski (1984) e Loyola (1984) apontam para a correspondência entre o significado social das práticas e, conseqüentemente, das noções de saúde e doença e a posição do indivíduo/grupo na hierarquia social.

sistemas de disposições (*habitus*), que informam os indivíduos sobre os padrões aceitos e valorizados e as suas condições de surgimento. Esse ponto de vista pode ser ilustrado pela maior adesão ao uso de camisinha entre parceiros que não compartilham de uma identidade e uma estética comum, por exemplo, relações sexuais comerciais, em oposição à tendência do não uso de preservativos nas relações informadas pela 'ilusão da eleição mútua' e pelas afinidades estéticas.

Demais estudos relacionados à percepção do risco diante da epidemia de Aids demonstram que a compreensão das práticas adotadas deve ser pensada como o resultado de um processo interativo e dinâmico, construído a partir da experiência social e da visão de mundo dos sujeitos. Nessa perspectiva, estão conjugadas as representações das formas de vulnerabilidade à doença e à percepção pessoal do risco e dos meios de controle do mesmo.

Informado pelas reflexões de Douglas (1994) sobre o viés cultural das construções sociais da noção de risco, Calvez (s.d.) sustenta que as práticas preventivas são originadas na experiência social. Assim, a percepção de risco em relação ao HIV será mais claramente percebida se estiver associada à noção de perigo e incerteza compartilhada socialmente pelo indivíduo. Do mesmo modo, o envolvimento dos atores na luta contra a Aids guarda relação com a identificação (em termos de uma percepção comum) desse sujeito/grupo social com uma determinada ação voltada para o controle da epidemia.

Apoiada no relato de franceses, Paicheler (1999) também reflete sobre os aspectos simbólicos da percepção do risco e da vulnerabilidade pessoal ao HIV/Aids relacionados às representações sociais da epidemia e dos fluidos corporais, como sangue e esperma; à: identidade social dos sujeitos, convivência e proximidade da doença, compreensão das vias de transmissão e prevenção do HIV, percepção do(a) parceiro(a), possibilidade de negociação do uso de preservativo, dentre outros fatores.

Na realidade brasileira, ainda dentro desta abordagem, Jeolás (1999) analisa a influência do processo de construção social da Aids na construção social do risco ao HIV entre estudantes da rede pública e jovens atendidos em um determinado serviço de saúde de Londrina (Paraná). A partir das percepções e experiências do grupo pesquisado, a autora reflete sobre as ambivalências, tensões e paradoxos dos

significados sociais de risco, articulando-os ao contexto social e histórico. Dessa forma, aponta para os limites do discurso preventivo centrado na racionalidade individual e nas previsões probabilísticas.

De forma complementar, Knauth, Victoria & Leal (1998) analisam em que medida a familiaridade com a realidade da epidemia de HIV/Aids em comunidades populares de Porto Alegre altera a percepção da mesma. No bairro com menor incidência de casos de Aids, a doença é identificada com grupos distantes e diferenciados; em contraposição, no bairro onde os casos são visíveis e recorrentes, a epidemia é vista como algo normal, que 'pode acontecer com qualquer um' da comunidade. Segundo o estudo, a banalização da Aids sugere a diluição da noção de risco e vulnerabilidade ao HIV.

As conexões entre a experiência social e as representações e práticas de risco ou de proteção podem ser melhor entendidas à luz das considerações de Giddens (1991) sobre as mudanças nos sentidos de confiança e risco, promovidas pelas condições da modernidade.

De acordo com o autor, na ordem pré-moderna, os ambientes de confiança identificam-se com o valor do sistema de parentesco e das relações locais em termos de estabilidade e proximidade tempo-espaço, assim como na importância das crenças religiosas e dos rituais tradicionais nas interpretações morais da ordem e práticas da vida pessoal e da natureza. Os ambientes de risco, nesse contexto, são associados às ameaças do mundo físico (doenças, desastres naturais), à violência humana (exércitos invasores, piratas, ladrões) e à 'perda da graça religiosa'.

De forma contrastiva, na modernidade, a confiança nas relações familiares (particularmente as nucleares) se mantém, mas a construção de laços sociais de amizade e da intimidade sexual ganham relevância. Embora as crenças religiosas não desapareçam de todo, o conhecimento reflexivo, fundamentado na observação empírica e no pensamento lógico, substitui as explicações mágico-religiosas e orienta as ações para o futuro. As novidades, em termos da percepção do risco em tempos modernos, decorrem das ameaças resultantes da reflexividade, expressa no impacto da tecnologia na destruição ambiental e material e na industrialização da guerra, bem como na 'falta de sentido pessoal' ou 'pavor existencial'.

Observa-se que a reflexividade da vida social introduziu uma dimensão de renovação e revisão do conhecimento e das práticas sociais

contraposta ao sentido de permanência e de resistência à mudança, característico das sociedades tradicionais. A instabilidade e a imprevisibilidade das conseqüências do conhecimento reflexivo associadas ao distanciamento entre tempo-espaço resultaram na construção do sentido de confiança e percepção de risco. Noções estas diferenciadas das de crença e destino, prevalentes nas culturas pré-modernas.

A aproximação entre os argumentos apresentados se funda na adoção de uma perspectiva sócio-histórica, caracterizada pelo entendimento dos comportamentos como culturamente produzidos por um meio social, em contraposição às abordagens centradas na ação individual e na decisão racional. Ao ressaltar a dimensão objetiva das práticas subjetivas, tais análises sugerem que a lógica das ações cotidianas expressa a incorporação e reprodução de visões de mundo, datadas historicamente.

Em suma, compreende-se que as práticas tendem a ser percebidas pelos sujeitos como naturais e espontâneas. Tal ponto de vista indica as dificuldades de se alterar o comportamento de forma dissociada das experiências sociais compartilhadas e estimula investigações capazes de identificar as articulações entre sistemas culturais, discursos e ações do dia-a-dia. Face ao processo de naturalização das práticas, as propostas preventivas devem ser pensadas em função das possibilidades de mudanças dos dispositivos que estruturam o comportamento e as condições de sua emergência.

A Lógica de Proteção de um Grupo de Jovens

Para ilustrar os argumentos sobre a relevância da caracterização da lógica cultural subjacente aos comportamentos no planejamento de propostas preventivas, apresento algumas conclusões de um estudo acerca da trajetória social de jovens de uma favela do Rio de Janeiro, com ênfase nos cuidados de saúde.[9] A partir de um olhar etnográfico, foi possível mapear aspectos da biografia de jovens com poder aquisitivo semelhante e que compartilham de dispositivos peculiares (*ethos*) relacionados à convivência com o tráfico de drogas e estigmas sociais, como pobreza e marginalidade.

[9] A pesquisa foi realizado na favela de Vigário Geral. Para um detalhamento deste estudo ver Monteiro (1999a, 1999b).

As trajetórias do grupo investigado revelam uma confluência entre geração e gênero de perfil tradicional,[10] contraposta à matriz individualista e igualitária. De modo geral, foi observado que a escolarização, a atividade remunerada e/ou a violência doméstica motivam a saída dos(as) jovens da casa dos pais para o mundo público. Todavia, diante das condições materiais e simbólicas de existência, as moças tendem a retornar para o mundo doméstico da casa no papel de filhas, mães e/ou esposas. Os rapazes, por sua vez, tendem a se manter no universo público em decorrência das expectativas sociais da função masculina de provedor.

A experiência sexual do grupo também revelou que os roteiros sexuais do grupo pesquisado estão marcados por uma ordenação de gênero hierárquica. Foram identificadas nas percepções sobre o universo das mulheres, mecanismos de controle da conduta sexual feminina, valorização da virgindade e um nexo significativo entre sexo e vínculo amoroso. Em contrapartida, as visões de mundo dos homens demonstram que a sexualidade está conectada à virilidade e à distinção entre relação amorosa e aprendizagem sexual. Com base nos relatos, constataram-se ainda a não utilização de métodos preventivos nas relações sexuais, críticas do grupo às práticas auto-eróticas como forma de satisfação individual, bem como uma recorrência expressiva de casos de gravidez entre as jovens.

No que se refere a caracterização das esferas de significação, modeladoras dos sentidos e práticas de proteção do grupo pesquisado, conclui-se que a proteção está referida à força e ao poder divino e ao universo 'conhecido', a saber: os amigos, o local de moradia, a rede de parentesco e de vizinhança e ainda o traficante. Todos esses elementos aludem à esfera de significação da 'casa'. A ameaça está associada ao mundo 'desconhecido' (de fora, estranho à comunidade), à violência policial, ao baile, isto é, à 'rua'. A lógica que vincula o conhecido (familiar) à noção de proteção e o desconhecido (estranho) à ameaça pode ser entendida a partir da interpretação de DaMatta (1991) para a sociedade brasileira, organizada nas categorias sociológicas 'casa' e 'rua'. [11]

---

[10] As descrições das manifestações culturais desse grupo de jovens convergem para as análises da literatura antropológica sobre a predominância do valores hierárquicos entre segmentos populares urbanos, citada na nota 6.

[11] Salienta-se que as fronteiras entre 'casa' e 'rua' não são excludentes, mas relacionais e complementares. No confronto entre os perigos do elemento 'de fora' (a polícia) e o 'de dentro' (o traficante), registram-se visões aparentemente paradoxais em que um mesmo ator (bandido ou policial) é identificado com sentido de ameaça e proteção, mas compatíveis com a dimensão relacional e complementar das esferas de significação que ordenam a experiência social brasileira (DaMatta, 1991).

Os núcleos simbólicos da proteção que organizam a visão do grupo expressam a atualização e o reforço do valor das relações pessoais e o enfraquecimento do papel das instituições públicas responsáveis pela manutenção dos direitos e da segurança dos cidadãos. Tendo como pano de fundo a precariedade do poder público e os limites das condições materiais de existência, o sentido de proteção apóia-se nas relações de familiaridade, conhecimento e proximidade e até no poder do tráfico que personifica no presente uma das formas de clientelismo da sociedade brasileira. Em contraposição, a ameaça localiza-se no desconhecido, no poder legal, naqueles elementos/instituições de fora, exteriores à comunidade. Essa visão de mundo contrasta com a hegemonia de uma única ética, centrada no valor dos direitos do cidadão, independentemente de sua condição social, raça, credo e família, comum ao ideário moderno.

Tal lógica também orienta os critérios sobre os cuidados com a saúde, em particular a transmissão do HIV. Nas relações sexuais exclusivas com a 'mulher da casa' (namorada, moça de família) ou com o rapaz 'conhecido', quando se usa algum método preventivo, recorre-se à pílula (previne-se a gravidez); nas relações sexuais com a 'mulher da rua' (profissional, 'safada') ou homem 'desconhecido', as possibilidades de uso da camisinha aumentam (previne-se a doença). Embora apresente um caráter universal, a lógica de que o 'familiar protege' ganha relevância no contexto em foco.

Na definição do uso do preservativo, foi observada uma avaliação da hierarquia de risco nas diferentes situações, orientada pela soma de elementos do universo da 'casa' e da 'rua' e pela concepção de que a atividade sexual é sempre arriscada. A camisinha torna-se indispensável apenas quando o sexo é percebido como muito perigoso, ou seja, remete-se aos significados da 'rua'.[12] Nesses caso também se recorre ao sexo oral para evitar a Aids. Quando se compara essas visões com a noção de sexo seguro, divulgada pelo discurso preventivo, e com a hierarquia epidemiológica de risco em relação ao sexo anal e vaginal, nota-se a distância entre o enfoque da prevenção e a realidade dos jovens estudados. Tais dados iluminam a compreensão

[12] O trabalho de Giami & Shiltz (1996) sobre a lógica do uso do preservativo entre diversos segmentos sociais ilumina o entendimento desse fenômeno. Os autores identificaram que o status atribuído ao parceiro(a), à natureza das relações em tempos de Aids e às representações da sexualidade informam a adoção de práticas sexuais (des)protegidas.

da falta de convergência entre o conhecimento dos meios de prevenção e os comportamentos adotados. O preservativo, embora seja reconhecido como o principal meio de prevenção da Aids e da gravidez não planejada e seja acessível ao grupo – por meio da distribuição gratuita de uma organização local –, é apenas utilizado com regularidade por uma minoria.

Os nexos entre os núcleos simbólicos de proteção indicam a combinação de elementos de caráter social, simbólico e econômico, que atuam de forma integrada na dinâmica social. A situação socioeconômica das camadas populares urbanas, os abusos do poder público responsável pela manutenção da ordem e da segurança, a penetração e impacto do poder paralelo (o tráfico) articulados ao perfil relacional da sociedade brasileira atualizam o valor das relações pessoais em oposição à noção de direitos de cidadania. É dentro desse quadro que se deve compreender a especificidade do significado de proteção. Este depende da conjugação de elementos simbólicos e materiais que reforçam a percepção de que o 'familiar protege'.

As informações sobre a experiência social do gênero e da sexualidade do grupo e os núcleos simbólicos de proteção apontam para alguns contrastes entre as propostas dominantes de prevenção às DST/Aids – centradas na concepção moderna de igualdade de direitos individuais e na negociação de práticas do sexo seguro – e as visões dos(as) jovens em foco, de perfil tradicional. A identificação de dissonâncias entre o referencial cultural da população-alvo da ação educativa e o discurso preventivo sugere que a maioria dos programas de saúde não considera as formas de apreensão das informações transmitidas. Talvez essa seja uma das razões de tais ações, em geral, não alcançarem as metas esperadas.

A coexistência de diferentes sistemas simbólicos (de feição individualista ou hierárquica) no interior de uma mesma sociedade complexa aponta para o fato de que, apesar de alguns deles serem dominantes, existe uma multiplicidade de códigos de leituras para os fenômenos sociais. As campanhas educativas identificadas com o ideário moderno individualista são interpretadas e incorporadas de forma distinta pelos segmentos que compartilham do espaço social datado. As reflexões sobre as práticas e visões de mundo – tanto em uma perspectiva sincrônica (indicada nos estudos comparativos de grupos sociais contemporâneos)[13] quanto em uma abordagem

diacrônica – permitem a identificação da persistência ou mudança de representações organizadoras da percepção de mundo dos diversos grupos sociais.[14]

A reflexão das repercussões das transformações sociais na modificação (a curto, médio e longo prazo) das representações e práticas nos remete para um outro ponto, qual seja, as condições materiais de existência do grupo. A trajetória dos pais/familiares do grupo entrevistado não indicou perspectivas de mudança no padrão de vida. No contexto atual, além da manutenção das desigualdades sociais e da deficiência das políticas públicas, tais jovens convivem com o forte apelo da indústria de consumo e o enfraquecimento das redes de socialização como a igreja e a família. Essa realidade pode explicar a penetração e crescimento do comércio ilegal de drogas entre populações urbanas empobrecidas. Conquanto prevaleçam traços do ideário tradicional, como a assimetria do gênero característica do *ethos* viril, nota-se que a ênfase no poder de consumo denota um enfraquecimento do valor do trabalho e da reciprocidade, indicando a especificidade das repercussões da modernização entre diferentes segmentos sociais (Zaluar, 1997).

Os projetos de educação, saúde e cultura, desenvolvidos pelas organizações comunitárias da localidade, procuram oferecer outras opções para essa população. Entretanto, é possível supor que tais iniciativas da sociedade civil têm um grande desafio a realizar e muitas vezes parecem estar em desvantagem em relação ao poder aquisitivo e moral do poder ilegal. É importante não perder de vista que a reprodução e a modificação dos comportamentos são dependentes dos dispositivos que estruturam as práticas, isto é, da interação entre as condições sociais e simbólicas de existência.

Desafios da Prevenção

Admitir as dificuldades no campo da prevenção não significa, necessariamente, desistir da mesma, mas pensar em alternativas mais eficazes e adequadas às singularidades materiais e simbólicas dos

[13] O estudo de Lavinas (1997) sobre a variação entre opiniões e atitudes de jovens de camadas populares e médias de centros urbanos, no que se refere a determinados domínios da cultura, exemplifica esse eixo de reflexão.

[14] Ver o trabalho de Bozon (1995) acerca das mudanças no comportamento sexual feminino e da persistência de determinadas representações sobre o papel social feminino e masculino.

variados segmentos sociais. Propõe-se, assim, que as políticas de prevenção devam contemplar as especificidades das estruturas objetivas e simbólicas da população-alvo do programa, relativizando o enfoque na responsabilidade individual pela manutenção da saúde, em particular à conexão entre exposição ao HIV e as condições de vida da população.

As tendências epidemiológicas globais, que apontam para o maior crescimento de casos de Aids nas populações empobrecidas e marginalizadas, indicam que o controle da epidemia depende de investimentos no âmbito macrossocial, voltados para a melhoria da qualidade de vida da população em termos de educação, saúde, moradia e aumento do poder aquisitivo. É sabido que a diminuição das desigualdades sociais e econômicas é difícil de ser alcançada dada a complexidade e amplitude das estruturas sociais, políticas e econômicas que alimentam a manutenção dessa situação. Apesar das dificuldades de se minimizar os problemas decorrentes das desigualdades sociais, faz-se necessário insistir na necessidade de as políticas públicas considerarem as implicações da vulnerabilidade social e econômica na definição dos agravos à saúde.

Compreende-se que a elaboração de programas de prevenção e as discussões sobre a eficácia das mesmas também dependem do reconhecimento da natureza simbólica das práticas dos sujeitos sociais. Tal ênfase nos remete para a dificuldade de se compatibilizar o intuito do discurso preventivo de alterar, em um curto período de tempo, práticas sociais internalizadas, reproduzidas e naturalizadas e que nem sempre são percebidas pelo sujeito como uma ameaça à saúde. Mesmo nos casos em que um determinado comportamento é percebido como de risco, não se pode esperar uma mudança imediata do mesmo, haja vista os vários fatores envolvidos na definição de uma prática que escapam do âmbito da decisão racional individual decorrente do acesso à informação. Uma comparação que pode ser feita diz respeito às campanhas contra o fumo. A descrição da lógica do (não) uso do preservativo ilustra as complicações da tarefa da prevenção. O acesso à camisinha e o reconhecimento de que a mesma é o principal meio da prevenção ao HIV não garantem o seu uso continuado da mesma.

Para finalizar, a dificuldade de se mudarem representações e práticas internalizadas e naturalizadas sugere que os caminhos da prevenção devem ser variados e complementares. As ações não devem

ser isoladas, e sim integradas no sentido de melhorar as condições de vida dos setores socialmente excluídos. Estado e sociedade civil devem fazer parcerias e assumir responsabilidades na implementação de políticas sociais na área da educação, do emprego, da cultura e da saúde.[15] Alterar comportamentos arraigados é um tarefa longa, árdua e delicada, mas a confluência de ações individuais e sociopolíticas poderá favorecer a (re)construção e/ou adequação das práticas dos atores sociais, visando à adoção de ações preventivas.

Referências Bibliográficas

ALTMAN, D. *Poder e Comunidade: respostas organizacionais e culturais à Aids*. Rio de Janeiro: Abia/IMS/Uerj/Relume Dumará, 1995.

ALVES, E. *Representações Sociais sobre Aids: um estudo etnográfico em atividades de prostituição*, 1994. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1994.

AYRES, J. R., et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: PARKER, R. & BARBOSA, R. (Orgs.) *Sexualidades pelo Avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro/São Paulo: IMS/Uerj/Editora 34, 1999.

ARILHA, M. & CALAZANS, G. Sexualidade na Adolescência: o que há de novo. In: BERQUÓ, E. (Org). *Jovens Acontencendo na Trilha das Políticas*. Brasília: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, 1998. v.2

BASTOS, C. A política da produção do conhecimento e os movimentos da resposta à Sida. *Etnográfica*, II(1): 15-53, 1998.

BOLTANSKI, L. *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

BOLTON, R. Aids and promiscuity: muddles in the models of HIV prevention. *Medical Anthropology*, 14(2-4): 145-223, 1992.

BOURDIEU, P. Interest, habitus and rationality. In: Bourdieu, P. & Wacquant, L. (Eds.) *An Invitation to Reflexive Sociology*. Chicago: The University of Chicago Press, 1992.

BOURDIEU, P. Esboço de uma teoria prática. In: ORTIZ, R. (Org). *Pierre Bourdieu* São Paulo: Ática, 1994a. (Coleção Grandes Cientistas Sociais, 39).

[15] Sobre as diretrizes de políticas e programas de saúde dirigidas para adolescentes e seus entraves, ver Arilha & Calazans (1998).

BOURDIEU, P. Gostos de classes e estilos de vida. In: ORTIZ, R. (Org). *Pierre Bourdieu*. São Paulo: Ática, 1994b. (Coleção Grandes Cientistas Sociais, 39).

BOURDIEU, P. O campo científico. In: ORTIZ, R. (Org). *Pierre Bourdieu*. São Paulo: Ática, 1994c. (Coleção Grandes Cientistas Sociais, 39).

BOZON, M. Amor, sexualidade e relações sociais de sexo na França contemporânea. *Estudos Feministas*, 3(1): 122-135, 1995.

CALVEZ, M. *Los Usos Sociales del Sida: elementos de análisis cultural del riesgo*. s.l.: Editorial Universitaria, s.d.

CARRIER, J. & BOLTON, R. Anthropological perspectives on sexuality and HIV prevention. *Annual Review of Sex Research*. Vol. 2: 49-77, 1991.

DAMATTA, R. A *Casa e a Rua*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

DOUGLAS, M. *Risk and Blame: essays in cultural theory*. Nova Iorque: Routledge, 1994.

DUARTE, L. F. *Da vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar/CNPq, 1998.

FARMER, P. *Aids and Accusation Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley: University of California Press, 1993.

FERNANDES, J. C. & MONTEIRO, J. Postos comunitários: uma alternativa para o sistema de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(1): 127-135, 1997.

GAGNON, J. The explicit and implicit use of the scripting perspective in sex research. *Annual Review of Sex Research*, 1: 1- 43, 1990.

GOLDSTEIN, D. O lugar da mulher no discurso sobre Aids no Brasil. In: PARKER, R. & GALVÃO, J. (Orgs.) *Quebrando o Silêncio, Mulher e Aids no Brasil*, Rio de Janeiro: Abia/IMS/Uerj/Relume Dumará, 1996.

GUIMARÃES, C. D. Mais Merece: o estigma da infecção sexual pelo HIV/Aids em mulheres. *Estudos Feministas*, 4(2): 295-318, 1996.

GIAMI, A. & SCHILTZ, M. Representations of sexuality and relations between partners: sex research in France in the era of the Aids. *Annual Review of Sex Research*, 7: 125-157, 1996.

GIDDENS, A. *As Conseqüências da Modernidade*. São Paulo: Unesp, 1991.

HEILBORN, M. L. O traçado da vida: gênero e idade em dois bairros populares. In: MADEIRA, F. (Org). *Quem Mandou Nascer Mulher? Estudos sobre Adolescentes Pobres no Brasil*. São Paulo: Rosa dos Ventos/Unicef/Fundação Carlos Chagas, 1997.

JEOLÁS, L. *O Jovem e o Imaginário da Aids: o bricoleur de suas práticas e representações*, 1999. Tese de Doutorado em Antropologia Social, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica.

KNAUTH, D.; VICTORIA, C. & LEAL, O. A banalização da Aids. *Horizontes Antropológicos*, 4(9): 171-202, 1998.

LAVINAS, L. Gênero, cidadania e adolescência. In: MADEIRA, F. (Org). *Quem Mandou Nascer Mulher? Estudos sobre Adolescentes Pobres no Brasil*. São Paulo: Rosa dos Ventos/Unicef/Fundação Carlos Chagas, 1997.

LOYOLA, M. A. *Médicos e Curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: Difel, 1984.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M. & NETTER, T. W. (Orgs.) *A Aids no Mundo*. Rio de Janeiro: Abia, IMS/Uerj/Relume Dumará, 1993.

MONTEIRO, S. Gênero, sexualidade e juventude numa favela carioca. In: HEILBORN, M. L. (Org.) *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999a.

MONTEIRO, S. Aids e proteção: a visão de jovens de um bairro popular. *Estudos Feministas*. 7(1-2): 72-88, 1999b.

MONTEIRO, S. *Qual prevenção? Aids, Sexualidade e Gênero em uma Favela Carioca*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

OPPENHEIMER, G. Causes, cases and cohorts: the role of epidemiology in the historical construction of Aids. In: FEE, E. & FOX, D. (Eds.) *Aids: the making of a chronic disease*. Berkeley: University of California Press, 1992.

PAICHELER, G. General population and HIV prevention strategies: from risk to action. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(Suppl. 2): 93-105, 1999.

PARKER, R. Empowerment, community mobilization and social change in the face of HIV/Aids. *Aids*, 10 (Suppl. 3): S27-S23, 1996.

PARKER, R. & CAMARGO JR., K. Pobreza e HIV/Aids: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (Suppl. 1): 89-102, 2000.

PARKER, R. et al. (Orgs.) *Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Abia/IMS/Uerj/Relume Dumará, 1994.

PATTON, C. *Fatal Advice: how safe-sex education went wrong*. USA: Duke University Press, 1996.

PETTERSON, P. *Risco sob Risco: prostituição e Aids*, 1994. Disssertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

SARTI, C. A *Família como Espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. São Paulo: Autores associados, 1996.

SANTOS, E. M. *Aids Related Knowledge and Sexual Practices among Two Groups of Adolescents of Rio de Janeiro, Brazil: a contribution to HIV/Aids prevention programs*, 1992. Tese de Doutorado, Illinois: University of Illinois, Urbana-Champaign.

SIMÕES BARBOSA, R. *Aids e Gênero: as mulheres de uma comunidade favela*, 1994. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

VANCE, C. Anthropology rediscovers sexuality: a theoretical comment. *Social Science and Medicine*, 33(8): 875-884, 1991.

VELHO, G. *Projeto e Metamorfose: antropologia das sociedades complexas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

VILLELA, W. Refletindo sobre a negociação sexual como estratégia de prevenção da Aids entre mulheres. In: PARKER, R. & GALVÃO, J. (Orgs.) *Quebrando o Silêncio: mulher e Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Abia/IMS/Uerj/Relume Dumará, 1996.

WILLIAMS, S. J. Theorizing class, health and lifestyles: can Bourdieu help us? *Sociology of Health and Illness*, 17(5): 577-604, 1995.

ZALUAR, A. Gangues, galeras e quadrilhas: globalização, juventude e violência. In: VIANNA, H. (Org.) *Galeras Cariocas*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997.

17 A Etiologia do Beribéri: história de uma crônica médica

José Divino Lopes Filho

A partir da segunda metade do século XIX e durante as primeiras décadas do século XX, o beribéri foi uma das doenças mais relatadas em publicações médicas. A revista *Lancet*, em uma edição de 1911, afirma que provavelmente não houve outra doença cuja etiologia tenha sido tão discutida como o beribéri.[1]

Nesses tempos, em todo o mundo, os estudos sobre o beribéri estiveram associados aos relatos de 'epidemias', dando conta de elevada mortalidade e morbidade pela doença. As investigações de cientistas europeus deram-se especialmente em função da prevalência do beribéri nas colônias européias do leste asiático, prevalência esta que também estimulou importantes estudos japoneses. No Brasil, a ocorrência do beribéri foi sistematicamente relatada com referências e marcos conceituais notadamente influenciados por estudos europeus, especialmente franceses. As duas escolas médicas de então, da Bahia e do Rio de Janeiro, produziram vários trabalhos acerca do beribéri tendo em vista a exigência que havia, na época, de se elaborar uma 'tese' para conclusão do curso médico.

Dos casos de beribéri, que teriam ocorrido no Brasil no período anteriormente referido, um dos mais comentados e analisados, sendo inclusive objeto de teses médicas da época, foram as denominadas 'epidemias' de beribéri no Colégio Caraça, tradicional educandário mineiro, de larga influência no período imperial e onde estudaram importantes personagens do clero e da política no Brasil. Entretanto, o relato da doença no Brasil é anterior a este período. Há alguma

[1] The etiology of beriberi, *Lancet*, II: 842, 1911.

referência sobre a doença na obra de Guilherme Pison, que por sete anos esteve no Brasil durante a ocupação holandesa. Este médico e naturalista holandês descreve, entre outras enfermidades, as paralisias vulgarmente chamadas de 'estupor', mas que, para alguns, apenas se confunde com o beribéri, não sendo exatamente esta.

Outro autor que menciona o beribéri no interior do Brasil foi Alexandre Rodrigues Ferreira, naturalista brasileiro muito expressivo por suas longas pesquisas na Amazônia em fins do século XVIII, que entre 1783 e 1792, percorreu os estados do Amazonas, Mato Grosso do Sul e Norte, e Pará. Há quem considere seu relato sobre a doença como sendo pioneiro no Brasil (Reis, 1922). Na primeira metade do século XIX constata-se uma comunicação de Medeiros a respeito do aparecimento da doença no Ceará, durante uma das graves secas da região, em 1852 (Salles, 1971).

Praticamente quase todos os trabalhos sobre o beribéri no Brasil vêm precedidos de uma ampla revisão bibliográfica, de forma que, não havendo contribuições decididamente originais, a maioria se assemelha. Para os presentes comentários, serão considerados quatro estudos brasileiros: *Ensaios sobre o Beribéri no Brasil*, do médico baiano Lima (1872), coletânea de uma série de artigos originalmente publicados na *Gazeta Médica da Bahia* entre os anos de 1866 a 1869; a tese de conclusão do curso médico de Augusto César de Miranda Azevedo (1875), paulista de Sorocaba, intitulada *Beribéri*, e publicada em 1875; a memória do médico diamantinense Antônio Felício dos Santos (1875), *O Beribéri na Província de Minas Gerais*, que, originalmente, foi preparado como subsídio à tese de doutoramento de Miranda Azevedo, mas que é habitualmente citado como documento avulso; e, por último, a tese *O Beribéri no Brasil*, do médico mineiro Theophilo de Almeida, apresentada em 1915 à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

Na segunda metade do século XIX, a nutrição, através do desenvolvimento da fisiologia e da química, começou efetivamente a constituir-se como ciência. Mas apesar das atraentes novidades que surgiam em relação às necessidades nutricionais humanas, a associação destas com a etiologia de doenças não era asseverada. Além de que, neste caso, fossem necessárias metodologias específicas para comprovar alguma sobre a origem das doenças – como a miasmática, por

exemplo – começavam a enfrentar uma teoria concorrente que chegava com bastante fôlego: a teoria bacteriológica.

É verdade que a previsão de que pequeníssimos seres vivos ocasionassem doenças, não é exatamente privilégio de cientistas da segunda metade do século XIX. No entanto, as condições que possibilitaram o êxito de uma hipótese similar só vieram neste período. Tal teoria impactou consistentemente os estudos sobre a etiologia do beribéri. Quando em 1872 surge o livro *Ensaios sobre o Beribéri no Brasil*, o autor, prudentemente, refere-se à etiologia do beribéri, afirmando:

> Determinar qual a causa productora da moléstia de que me tenho ocupado n'este trabalho, é certamente um dos pontos mais difficeis da minha tarefa, os escassos, insufficientes e incompletos dados que disponho sobre este importante assumpto não me permittem, infelizmente, sahir do campo vago das conjecturas. (Lima, 1872: 127)

Na época, a teoria palustre, assim como para a malária, procura explicar a etiologia do beribéri. Lima diverge, ponderando que "o beribéri não se observa na infancia, e é rarissimo em edade inferior a 18 annos; entretanto que succede o contrario com as molestias de origem palustre" (Lima, 1872: 213).

Lima, baseado nos casos observados, ressalta que a falta de exercícios físicos ao ar livre constituiria um fator predisponente da doença. Este último princípio foi bastante consagrado durante toda a segunda metade do século XIX, constituindo-se em um dos pilares da moderna higiene, que norteou a regularização da atividade em colégios da época. Diretamente, na moderação do enunciado científico que lhe é peculiar, Lima não afirma uma hegemonia de nenhuma causa em especial. Entretanto, em outras partes do seu livro, o autor, ao discutir, por exemplo, diagnóstico e propagação da moléstia, bem como o seu tratamento e profilaxia, alude a hipóteses distintas. Assim, ao comentar o caso em que quatro pessoas de uma mesma família teriam sido afetadas sucessivamente pela doença, o autor direciona a discussão para a etiologia da doença:

> Ainda que estes factos estejam muito longe de demonstrar a propagação da doença por contagio ou por infecção, isto é, por meio de um producto morbido resultante da sua evolução

> pathologica, e que a reproduza como a semente reproduz a planta de onde nascera, julgo que não deviam ser omittidos neste logar (...). (Lima, 1872: 77)

Ou seja, apesar da ponderação do autor, que enumera uma série de possível causas para a doença, o conhecimento disponível na época, aliado especialmente à racionalidade científica que orientava as formulações teóricas da Escola Tropicalista Baiana, da qual Silva Lima era um dos expoentes, levava-o a demonstrar interesse pela teoria infecto-contagiosa como etiologia para o beribéri.

Vale ressaltar que o grande mérito do trabalho do médico baiano era a descrição sintomatológica e a caracterização de um quadro, chegando brevemente à enunciação do diagnóstico diferencial, baseado na observação e experimentação. Avançado para época, Lima, serviu-se, para suas conclusões sobre a patologia do beribéri, de algumas autópsias, que, naquele tempo, se realizavam em escravos e presos sujeitos à exame policial.

Além deste aspecto, no trabalho de Lima, destaca-se o 'peso' dado à higiene na sua determinação do beribéri. A higiene era assumida como disciplina que enunciava princípios sobre os cuidados físicos, psíquicos e ambientais com o objetivo de proteger a saúde dos indivíduos. Na área médica, esta abordagem já não era original, tratava-se de uma novidade relacionar beribéri à higiene, particularmente da maneira como o fez o autor. Ele investigou minuciosamente os casos particulares que estudou e tratou de estabelecer uma relação entre os hábitos cotidianos dos mesmos e a doença em estudo.

Ensaios sobre o Beribéri no Brasil é considerado um marco no estudo do beribéri no Brasil. Mesmo considerando naturais divergências sobre um ou outro aspecto, Lima é tido como o pesquisador que, individualmente, mais contribuiu para a descrição clínica da doença sugerindo, inclusive, descrições epidemiológicas interessantes.

O trabalho de Azevedo (1875) considera uma constelação de possíveis causas para o beribéri. Traz uma generosa revisão bibliográfica e procura otimizar as contribuições de médicos brasileiros estudiosos do assunto. A partir deste detalhado histórico de Azevedo, fica claro que mesmo reconhecido no meio médico, o beribéri carecia de uma abordagem detalhadamente científica, fato que só viria a acontecer com os trabalhos de Lima.

O delineamento da tese de Azevedo sustentava-se em informações sobre o beribéri fornecidas por médicos de diferentes lugares do Brasil. Projeto que não se realizou, já que apenas um ou dois médicos teriam respondido a ele. Quanto à etiologia, as incertezas a seu respeito favoreciam o surgimento de muitas teorias. Alguns fatos, se não eram enunciados como entidades causais, eram como fatores predisponentes. Azevedo discute o aspecto alimentar na determinação da doença, mas não reconhece, de imediato, a unicausalidade daquele em relação a esta:

> A alimentação insufficiente póde causar molestias as mais graves com o charater assustador, e predispor para as mais terriveis epidemias (...) Entendemos por alimentação insufficiente nem só a satisfação das exigencias das leis da Physiologia que estabelecem a quantidade dos alimentos compativeis com a saude, mas tambem a falta de variedade dos mesmos, produzindo uma uniformidade perniciosa na alimentação, pois a variedade desta é exigida imperiosamente pelas necessidades do nosso organismo. (Azevedo, 1875: 39)

Sem que houvesse uma teoria que abarcasse integramente todas as suspeitas clínicas e epidemiológicas acerca da etiologia do beribéri, todas estas hipóteses sobreviviam de maneira mais ou menos contundente. Dessa forma, era previsível que a etiologia da doença guardasse, até ali, relação, por exemplo, com as condições topográficas e climáticas: "na etiologia e genese do beriberi, se fazem sentir as influências cosmicas, as emanações e as variações climatericas" (Azevedo, 1875: 39).

Em Santa Catarina teria ocorrido uma epidemia de beribéri em 1870 e sobre os fatos circundantes a ela (chuvas e enchentes), Azevedo (1875: 41) afirmou que "devem chamar a attenção dos pathologistas para investigarem a ligação que possa existir entre estes phenomenos metereologicos e o apparecimento da terrível moléstia, que estudamos".

A terminologia acima indica uma memória conceitual ainda cara à medicina; resíduo de uma época recente onde os sistemas especulativos, enunciados ainda no século, influenciavam significativamente a abordagem médica.

Em outro momento, o autor discute outra possível causa para a doença. Para Azevedo (1875: 40), relacionar o consumo de arroz ao beribéri não parece uma suposição absurda, visto que "Se a nutrição pelo milho produz pellagra, cuja causa é o *sporisorium maydes*, porque

não admitir que se tenha desenvolvido no arroz um parasita ainda não estudado o qual seja o causador do beribéri".

A suposição de que um parasita, presente no milho, causasse a doença estimulou estudos que investigaram a possibilidade de parasitas, em outros alimentos, provocarem outras doenças. Mas neste rol de hipóteses 'beriberigênicas', a mais curiosa delas, parte de um caso clínico específico acompanhado e descrito pelo próprio Azevedo (1875: 42):

> um indivíduo, que offerecia uma symptomatologia um tanto analoga à do beribéri, isto é, formigamentos e fraqueza nas pernas e nos pés, dores lombares principalmente na região cervical, diminuição de força muscular, etc., indágamos-lhe da historia que muito veio nos esclarecer em relação à pathogenia da affecção que viamos. O doente tinha o hábito de copular de pé; e sempre depois de ter cohabitado com uma mulher por esta fórma, sentia maior intensidade dos symptomas que o affligiam. (...)
>
> Impressionou-se esse facto e, estabelecendo o parallelo desta affecção com o beriberi, fizemos investigações a respeito, tendo obtido dados muito interessantes para a sciencia, em uma questão, a qual somos o primeiro a agitar. (...)
>
> As experiencias modernas de physiologia nos ensinam o papel do systema nervoso no acto da copula, e o abalo que deve soffrer, quando não é exercitada esta função naturalmente; esse abalo póde predispor os indivíduos para o beribéri ou ser até a causa determinante do seu apparecimento.
>
> A observação clinica veio confirmar as nossas previsões; soubemos, por informações de nosso distincto collega, o Sr. Cypriano de Freitas, que no Maranhão algumas pessoas que tinham esse máo foram victimas da epidemia reinante, embora observassem todas as condições hygienicas. (...) "Pelas cirumstancias que revestem os factos que acabámos de narrar, é para nós fóra de duvida e perfeitamente explicavel esta causa beriberigena. Oxalá estas nossas considerações sirvam de ponto de partida para estudos completos e perfeitos neste assumpto".

O trabalho de Miranda Azevedo ganha um importante suporte com a memória, a ele remetida, de Antônio Felício dos Santos, feito médico aos vinte anos em 1862. Trabalhando em Diamantina, Santos descreverá a ocorrência do beribéri não exatamente na província de Minas Gerais em geral, mas especificamente em sua cidade, Mariana,

e, particularmente, no Colégio Caraça. O texto *O Beribéri na Província de Minas Gerais* passará a ser a referência sobre a eventual ocorrência da doença nestas localidades em todos os trabalhos publicados sobre o assunto. Santos, em meio ao desconhecimento quanto à etiologia da moléstia, insinua que o beribéri pode ter como causa um 'agente' específico, dado que

> As causas determinantes das molestias, podem-se dividir de uma maneira geral em duas classes:
>
> - Ou são agentes ordinários operando de um modo anormal, quer por si mesmos, quer pelas predisposições organicas e produzindo perturbações organicas e produzindo perturbações e desvios fuccionais variaveis, vencida a resistencia vital (causas communs);
> - Ou são substancias especiaes, geradas no organismo ou extranhas, deleterias, introduzidas na economia por absorpção ou penetração mecanica. N'esta 2ª classe, como nas offensas mecanicas, a alteração dos solidos ou dos liquidos está por assim dizer em relação definida com a causa geradora, de sorte que dada a molestia tem-se a causa e vice-versa. O agente morbigero obra electivamente e pode reproduzir-se (contagio) e transmittir-se a outros individuos ou ser infecundo e limitar-se ao organismo atacado (infecções). (Santos apud Azevedo, 1875: 89)

Segundo Santos escreve, o beribéri surgiu pela primeira vez em Diamantina em março de 1871, precedido particularmente de uma epidemia de tifo. Em seguida, alguns casos teriam ocorrido no Seminário, dando origem ao que passou a ser conhecido como 'epidemia das pernas inchadas'. Vinte, das cem pessoas que habitavam o local, teriam sido acometidas pela mesma doença. Curioso é que apenas os estudantes sofreram, sendo que, entre estes, os mais velhos foram os mais atacados.

Nenhum caso teria sido fatal, mas um em especial havia chamado a atenção do médico diamantinense: um estudante de vinte anos, que viera do Colégio Caraça e que, em Diamantina, desenvolvera um quadro semelhante aos alunos do seminário. A recuperação só teria sido possível após o estudante retornar à sua terra natal, Grão Mogol, cidade ao norte de Diamantina. Em continuação, Santos relata que em março de 1872 a epidemia das pernas inchadas reapareceu no seminário, com apenas três casos que ele consideraria graves e, destes,

apenas um rapaz de 18 anos, natural da cidade de Montes Claros, teve recuperação difícil, mas, ao mesmo tempo, surpreendente, porque se deu a partir do uso do 'joá bravo', vegetal muito empregado pelo povo contra doenças do fígado.

Ao descrever o Caraça e os caos de beribéri, Santos primeiro admite as favoráveis condições naturais da localização do 'legendário seminário', como escreve, para concluir que

> É possível que o Beribéri fosse para lá importado de Marianna onde appareceu pela primeira vez em 1858 no Seminario e mais intenso se mostrou em 1859. Antes nem os mais antigos habitantes o virão.
>
> O mesmo aconteceu em relação ao Caraça antes de 1861, e à Diamantina, antes de 1871, Marianna está a 6 legoas do Caraça. Os dous Seminarios, regidos pela mesma congregação de Lazaristas, entretêm frequentes comunicações'. (Santos apud Azevedo, 1875: 7)

Assim como já havia sido notado nos outros trabalhos, Santos imputava à 'transmissibilidade' a razão do surgimento de casos de beribéri no Caraça. Processo ainda desprovido de uma racionalidade mais empírica para muitos médicos da época, esta eventual 'transmissibilidade' ganhava contornos explicativos mais delicados, tratando-se de instituições religiosas da época. Neste caso, não que igreja tentasse explicar religiosamente a etiologia de moléstias, apesar de que, na esfera da fé, muitos procuravam atribuir às faltas contra Deus a origem de todo mal, mas, em uma comunidade religiosa pertencente a um período em que a própria medicina ainda buscava auxílio na religião para tentar explicar as causas de doenças, não deixa de ser necessário considerar os intricados processos genitivos que amalgamam religião e medicina.

Ao fim do século XIX e início do XX, os estudos sobre o beribéri, a despeito de trabalhos que associavam positivamente o consumo do arroz polido com o beribéri, foram marcados pelo recrudescimento de pesquisas que abordavam esta enfermidade como sendo de natureza infecciosa.

Vista como doença endêmica exclusiva das regiões tropicais e subtropicais do planeta, os esforços, pelo mundo afora, para esclarecer a sua etiologia ficam concentrados na área da medicina tropical, cujo objeto preferencial de investigação, na época, eram as moléstias infecto-contagiosas.

Em muitas regiões, pacientes beribéricos hospitalizados foram tratados em isolamento. Este procedimento ganhava coerência com uma teoria da época, que afirmava que a infecção tornar-se-ia possível onde houvesse agregação de indivíduos susceptíveis. Por este princípio, explicava-se a alta incidência da doença em prisões, quartéis, colégios. Mesmo quando aumentaram as evidências da relação entre consumo de arroz e beribéri, o 'peso' da teoria infecciosa se manteve, e isso se devia, em parte, à dificuldade de se explicar o mecanismo de produção da doença a partir deste cereal. Assim, ao final da primeira década do século XX, o arroz branco era apontado como o causador do beribéri, mas o modo pelo qual poderia produzi-lo era controverso e distinto, a saber:

- arroz conteria um veneno que provocaria a doença;
- devido à carência de nitrogênio, haveria uma deficiência de proteína na dieta do arroz branco, e isto causaria a doença;
- o arroz branco não constituiria uma dieta suficientemente nutritiva, tornando o organismo do paciente susceptível à invasão do agente específico causador do beribéri.

É neste contexto que Theophilo de Almeida escreve sua tese *O Beribéri no Brasil*, em 1915. Pelo novo regulamento da diretoria geral de Saúde Pública de 1914, o beribéri era tratado como doença infecciosa e, juntamente com outras dezessete doenças – entre elas febre amarela, peste, cólera, tifo –, era tida como sendo de notificação compulsória (Brasil, 1914). Discutindo o beribéri no Caraça, Theophilo de Almeida afirma que:

> Depois que foram realizados certos melhoramentos no edifício do Collegio ultimamente, abrindo janellas, augmentando o arejamento dos salões, tornando soalheiros os pateos, e feitas certas mudanças na dieta, consta-nos que de vez o beriberi desappareceu dos pavilhões que eram seus velhos hospedeiros. (Almeida, 1916: 80)

O autor, que também tem como referência médica mais importante para tratar do beribéri no Caraça a memória escrita por Santos, discute e acena simpatia pela teoria alimentar, como causa para o beribéri. Munido de informações mais recentes de pesquisa sobre a etiologia de doenças por deficiência alimentar, Almeida, apesar da contundência

de sua interpretação anterior através da qual ele se aproxima não apenas da opinião das autoridades sanitárias, mas, principalmente, de nomes mundialmente respeitáveis da medicina tropical, como Patrik Manson, procura também filiar-se àquelas que defendem a teoria alimentar:

> nenhum grande obstáculo separa a etiologia beribéri do Brasil da theoria alimentar, pelo contrario tudo parece cooperar para o seu consorcio; que o arroz polido, alimento 'insufficiente' para a especie humana não pode ser apontado com o único responsavel pela etiopathogenia de nosso beribéri, tal como nos paizes asiaticos é hoje considerado (...) entre nós [o beribéri] mostra accentuada predilecç'ão pelas agglomerações humanas da vida sedentaria e alimentação uniforme e pouco variada. (Almeida, 1916: 140)

Sob o ponto de vista epidemiológico, há uma condição relativa ao beribéri que é relatada pelos quatro autores aqui considerados, mas insuficiente abordada. Trata-se da conduta que recomendava a remoção do doente do local onde adoeceu para outra região.

Conforme foi visto, nos citados casos de beribéri no Caraça a conduta da remoção do doente exerceu, em todos eles, resultados completamente favoráveis. Na época, uma das explicações para o sucesso da conduta era a mudança do doente para um clima mais propício à recuperação. O sucesso deste procedimento terapêutico é mencionado por vários autores e alguns de forma contundente: "o doente se beneficia promptamente da mudança, não raro, de modo maravilhoso" (Gondin, 1921: 22).

Contudo, nenhum autor investiga criteriosamente esse fato, pois mesmo sabendo que o conhecimento da etiologia de doenças não tem sido uma condição indispensável, ainda que fosse desejável, para a cura, estava em jogo também a primazia de se enunciar categoricamente a etiologia de uma doença bastante discutida. É um valor subjetivo que costuma definir muito o posicionamento de cientistas, independentemente da época.

A insuficiência da teoria infecciosa para o beribéri, associada ao incremento das pesquisas de doenças provocadas por deficiência de nutrientes, foi, aos poucos, consolidando a teoria da deficiência alimentar para explicar a etiologia da doença. Destacam-se os trabalhos de, dentre outros, Casimer Funk (1884-1967), bioquímico polonês radicado na Inglaterra e posteriormente naturalizado estadunidense,

com estudos acerca dos 'fatores acessórios' presentes nos alimentos, tendo publicado, na segunda década do século XX, um artigo intitulado "A etiologia das doenças de deficiência", no qual discute algumas doenças, entre elas o beribéri, como sendo de provável origem nutricional, de acordo com as evidências presentes em diversos trabalhos. A estas substâncias, cujas deficiências geravam doenças específicas, ele chamou de 'vitaminas'.

Mas a adesão à nova teoria explicativa do beribéri trilhará um caminho tortuoso, pleno de contestações. Ou seja, a polêmica sobre a etiologia do beribéri não se encerrará imediatamente com o alvorecer da nova descoberta científica. Por que a descoberta das vitaminas e a teoria das doenças por deficiência não encerraram a discussão sobre a etiologia do beribéri?

Como empreendimento científico, estas duas descobertas não se deram em campo estéril, isto é, quando foram anunciadas, um corpo de hipóteses e teorias competiam em um campo onde praticamente todos os grandes pesquisadores da emergente área da medicina tropical já haviam assumido suas teorias no âmbito da teoria infecto-contagiosa da doença. Certamente, um fato científico em uma comunidade científica pode ser o início de polêmicas que podem se desenvolver a curto, médio ou longo prazo.

Outro motivo que 'problematizou' a adoção da nova teoria das deficiências nutricionais localizava-se muito mais no poder de 'denúncia' inerente à adoção desta teoria para explicar a doença. O meio físico, como *locus* de emanação de doenças, de alguma forma descompromete a ação humana. 'Domar' a natureza, entendida como obsessão ontológica do ser humano, admite percalços dentro de um horizonte evolucionista consentido. Contudo, a subtração ou a privação alimentar, e, portanto, as doenças oriundas destas circunstâncias, não gozam daquele mesmo beneplácito. Há algum grau, variável, de intencionalidade humana, independentemente do nível de conhecimento que se possa ter sobre o assunto. Independente porque a relação entre o que se come e a existência corporal, com relativo bem ou mal-estar, é uma experiência individual assimilada na própria trajetória de vida deste indivíduo. Ou seja, com mais ou menos vigor nutricional, os indivíduos vivem, reproduzem e, o que é altamente convincente empiricamente, aumentam de número.

A adoção, integral e definitiva, da teoria vitamínica pelo meio médico, para explicar a etiologia do beribéri, não seria feita nesta altura das pesquisas. Admitia-se a contribuição das pesquisas, mas seus resultados eram relativizados. Grandes mestres das escolas médicas brasileiras haviam formulado hipóteses – especialmente na área infecto-contagiosa – que, na prática, nada tinham a ver com a teoria da deficiência alimentar. A contundência e originalidade com que foi avaliada, em seus aspectos metodológicos e ensaísticos, fez da teoria da deficiência alimentar, pelo menos em um primeiro instante, um poderoso contra-argumento à capacidade especulativa de muitos pesquisadores. Isto é, de alguma forma a questão alimentar de fato foi abordada pelos estudiosos do beribéri. No entanto, esta variável, na maioria das vezes, foi 'desprezada', tomada como coadjuvante simbólica, menosprezada, em favor de enunciados que privilegiaram complexos mecanismos clinicamente mais afetivos à medicina das moléstias tropicais. Em 1917, um professor catedrático de clínica médica da Faculdade de Medicina da Bahia escreve: "A etiologia alimentar é ainda o ponto mais discutido no estudo do beribéri, não obstante as ultimas contribuições (...). A etiologia imprecisa do beribéri é, sem dúvida, o ponto fraco na discussão de sua autonomia nosologica (Fraga, 1917: 22-24).

As repercussões de opiniões deste tipo alongavam as discussões acerca da etiologia do beribéri, considerando sobretudo a influência que os mestres catedráticos exerciam sobre seus alunos, especialmente sobre aqueles que gravitavam em torno deles, através de estágios e participação coordenada por esses mestres.

Nesses estudos (Assis, 1918; Mendonça, 1919) ficam claros os marcos teóricos que orientaram não apenas as formulações hipotéticas, como também os estudos experimentais. Os questionamentos sobre a teoria da deficiência alimentar chegaram a ser ironizados, tanto em relação aos trabalhos do microbiologista holandês Christiaan Eijkman, responsáveis por decisivas pesquisas que relacionavam o beribéri ao consumo do arroz polido no início do século, quanto em relação às pesquisas de Funk:

> Aqui mesmo em nosso país, de pouco, Vovelace nega a relação da alimentação com o beribéri do vale do Amazonas, e Juliano Moreira e Murillo de Campos dedicam largos estudos em detrimento das esquisitas vitaminas de Funk. (...) Entretanto ainda

> domina o conceito da natureza alimentar do beribéri, e as contestações não bastam para dirimir a religiosidade de suas aquisições. (Mendonça, 1919: 15-16)
>
> Aqui na Bahia, o Professor Clementino Fraga, nosso sabio mestre, espirito lucido e alumiado, de sobreexcelente envergadura científica e de fiel dedicação à medicina nacional, em avantajado tirocínio, de muito vem seguindo as pegadas de Silva Lima, quem mais avultou estes estudos entre nós. (...) O professor Fraga parece acreditar mais na natureza infecciosa do mal [beribéri] (...) o Professor não aceita a carencia alimentar como causa eficiente do beribéri humano. (Mendonça, 1919: 32-35)

Entretanto, aos poucos, as prescrições medicamentosas eram acompanhadas de orientações para um regime alimentar 'substancioso', ainda que fosse tratada, na Europa e nos Estados Unidos, como uma doença eminentemente tropical. Nesse sentido, cunhou-se a expressão 'doenças tropicais do metabolismo', tendo em vista as alterações que ocorriam na composição do sangue por ocasião de doenças como o beribéri. A maior incidência do beribéri nessa região e sua conseqüentemente alusão como 'doença tropical' não teriam contribuído para que se tentasse um agente etiológico típico desta mesma região?

Os autores que questionavam a teoria alimentar, faziam-no sem excluí-la. Mas a contestação do beribéri como resultado único da deficiência dietética da tiamina – a vitamina B_1 – perdurou até mesmo após o isolamento da vitamina e os aparentemente conclusivos estudos experimentais acerca da relação causa-efeito. Parreiras (1936), um eminente catedrático de doenças tropicais e infecciosas afirmou que "A epidemiologia tem aspectos francamente favoráveis à natureza infecciosa do beribéri" (p. 138). Em seguida, ponderou que "no beribéri, há sempre um terreno carencial por deficiencia vitaminica, cuja symptomatologia outros reproduziram experimentalmente no homem e em animaes inferiores e curaram pela administração therapeutica do elemento deficitario" (p. 138). Acrescenta, ainda, o médico: "O que nos resta de duvidas, e estas accentuadas, é que a carencia da constellação vitaminica pôr si só possa explicar todos os surtos e todas as eclosões de carater epidemico que o universo, ainda hoje, comenta e registra (p. 159).

No Brasil, a continuidade dos estudos foi fundamental para encerrar as discussões quando a etiologia do beribéri, que, por exemplo, no Caraça, desde o final da década de 20 do século XX não foi mais relatado. Assim, caracterizado cada vez mais como uma avitaminose, os estudos a respeito do beribéri dedicavam-se mais a distúrbios específicos produzidos pela deficiência de tiamina (cardiopatia, paralisias etc.), através de investigações de causas importantes que determinavam a avitaminose. É o caso do beribéri em alcoólatras, grupo em que a incidência da doença tornou-se reconhecida como sendo importante. Na região Norte do Brasil, onde sempre foi relatada, no início da década de 50, as formas de beribéri encontradas pareciam claras: "Acreditamos que atualmente casos típicos de beribéri cardíaco, não alcoólico, dificilmente se encontrem no nosso meio" (Souza, 1972: 62).

Por fim, pode-se afirmar que entre as evidências, empíricas e experimentais, que associavam o beribéri à deficiência dietética de vitamina B_1, no Brasil, tiveram quase um século de controvérsias para, finalmente, se formar consenso sobre o assunto.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, T. de. *O Beribéri no Brasil*, 1916. Tese de conclusão de curso, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

ASSIS, A. R. *Estudos sobre Carência Experimental e Beriberi*. Bahia: Livraria Citadina, 1918.

AZEVEDO, A. C. de M. *Beribéri*. Rio de Janeiro: Typ. do Rio de Janeiro, 1875.

BON, H. *Medicina Católica*. Buenos Aires: Editorial Poblet, 1940.

BRASIL. *Diário Official. Novo Regulamento da Diretoria Geral de Saúde Pública*, 21 abr. 1914.

FRAGA, C. *Beribéri na Bahia*. Bahia: Imprensa Official do Estado, 1917.

LIMA, J. F. de S. *Ensaio sobre o Beribéri no Brasil*. Salvador: Typ. J. G. Tourinho, 1872.

MENDONÇA, S. de S. *Beribéri*. Bahia: Imprensa Official do Estado, 1919.

PARREIRAS, D. *Beribéri.* Rio de Janeiro: Flores e Mano Editores, 1936.

REIS, A. A. de S. História da medicina no Brasil (Notícia synthetica). In: *Diccionario Historico, Geographico e Ethnographico do Brasil*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1922. v.1

SALLES, P. *História da Medicina no Brasil*. Belo Horizonte: G. Holman Ltda, 1971.

SANTOS, A. F. Beribéri na província de Minas. In: AZEVEDO. A. C. de M. (Org.) *Beribéri*. Rio de Janeiro: Typ. Acadêmica, 1875.

SOUZA, B. F. de. *Beribéri e Cardiopatia*, 1972. Tese de Livre Docência, Belém do Pará: Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará.

Parte VI

Relação Público e Privado no Setor Saúde

18 Relação Público e Privado no Setor Saúde: tendências e perspectivas na década de 90

Regina Bodstein e Rosimary Gonçalves de Souza

Introdução

O perfil da política social na América Latina sofre uma profunda inflexão a partir da introdução, no início dos anos 90, do plano de ajuste estrutural da economia e de reforma do Estado, que propõe uma racionalização do gasto público. O setor saúde é particularmente afetado, redefinindo a agenda para os países da região, onde o tema da reforma setorial ganha visibilidade crescente. Apesar da variedade de contextos e das especificidades dos sistemas nacionais de saúde, algumas temáticas são comuns aos diversos países da região. Destaca-se, nessa agenda comum, a idéia de redução do papel do Estado frente ao controle de gastos do setor saúde. Assumida como programa de governo, a reforma do Estado, certamente, redefine o perfil das políticas sociais, com impactos mais ou menos diretos sobre os gastos públicos e sobre o sistema de saúde como um todo.

No caso brasileiro, estão em curso substantivas inovações que têm como marco não só o cenário da reforma do Estado (redefinição de suas funções) e o controle do gasto público, como também fatores internos, potencializados pela dinâmica do setor e decorrentes da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). O processo de descentralização das principais diretrizes do SUS – considerado desde o início da década como estratégia adequada para a redistribuição mais eficiente do escasso orçamento público e um caminho ideal de redemocratização do sistema e de incorporação da participação popular –, sem dúvida, introduz por si só mudanças substanciais.

O aprofundamento da descentralização em direção à municipalização da saúde, particularmente intenso a partir de 1996, abre inúmeras inovações no tocante ao incremento da eficácia e eficiência da gestão do sistema, na alocação de gastos, com impactos diversificados quer nas condições de acesso, quer nos níveis de atenção, como no desenho de novas modalidades de interseção entre público e privado, enfim, no modelo de atenção em saúde como um todo. O deslocamento do processo decisório em prol dos municípios acarreta, portanto, impactos tão diversificados como contraditórios. Introduz um conjunto de incertezas, gerando uma reforma setorial cujo conteúdo, alcance e implicações são ainda de difícil avaliação. As inovações possíveis a partir da gestão descentralizada do setor e da crescente autonomia municipal configuram um dos principais desafios para os estudiosos da reforma do sistema de saúde no país, impondo novos aportes analíticos e novas metodologias avaliativas.

Este trabalho busca uma aproximação com as inovações em curso no sistema, focalizando especificamente o setor privado prestador de serviços de saúde, que vem mantendo, ao longo das três últimas décadas, um peso decisivo na condução da política de saúde. Nesse sentido, importa mapear as diferentes modalidades sob as quais se insere a iniciativa privada na prestação de serviços de saúde nos dias correntes, apontando as significativas mutações na relação entre público e privado, tendo como contraponto as referências analíticas das décadas de 70 e 80. Algumas dessas modalidades constituem, na verdade, uma intensificação ou consolidação de padrões e tendências presentes desde os anos 70, como o setor que integra as seguradoras de saúde e as empresas de medicina de grupo. Outras, como a atuação das cooperativas médicas junto ao setor público, mostram-se como tendências que se expandem numa conjuntura de crise fiscal do Estado e de relativa regressividade dos investimentos no campo social. Em termos analíticos, resta saber se, do ponto de vista gerencial, tais iniciativas estão ou não submetidas à lógica de aumento da eficiência, da eficácia, da resolutividade e dos princípios de eqüidade das ações governamentais no setor.

A complexidade do quadro reside exatamente na interação entre diversos processos e tendências opostas. Há, de um lado, nítido empenho e compromisso na operacionalização da atual política do

SUS, assentada inequivocamente – de acordo com o texto constitucional de 1988 – no fortalecimento da esfera pública, cabendo ao setor privado um caráter complementar. Paralelamente, ocorre um movimento de autonomia da parte da iniciativa privada em relação ao Estado, passando por um processo de rearticulação interna, com clara ênfase na modernização tecnológica e na suposta eficiência e qualidade dos serviços, ganhando com isso espaço político e legitimidade social. A relevância que o setor privado autônomo adquire na década de 90, potencializado pelo número expressivo de beneficiários que conquista, impõe ao Estado a urgência em assumir a regulação sobre este mercado (Lei 9.656/98).

O impacto dessas inovações sobre a condução da política setorial e sobre o gasto público em saúde ainda está por ser dimensionado. O cenário é de bastante incerteza, já que os conflitos em torno dos recursos públicos, cada vez mais escassos, vêm se agravando. Entretanto, é certo que este complexo arranjo entre público e privado e a disputa pela alocação e apropriação dos recursos federais orientarão a política de saúde brasileira na próxima década.

Intermediações entre os Setores Público e Privado de Saúde: novos pactos numa conjuntura de déficit público

Ganham destaque no atual debate setorial estudos e investigações sobre as novas modalidades de relação entre público e privado na organização e oferta dos serviços de saúde, convergindo quase todos para comprovar o aumento discriminado da privatização da saúde no Brasil. No entanto, tais proposições merecem melhor avaliação, já que a complexidade do quadro atual, marcado pela diversidade de contextos estaduais e municipais, não pode ser reduzida a indicadores genéricos. O contexto atual explicita novas formas de relação entre os setores público e privado, que se diferenciam sobremaneira das intermediações verificadas entre esses dois pólos nas décadas de 70 e 80. Essas inovações configuram-se em diferentes direções.

O primeiro caminho, já assinalado, refere-se a um gradativo processo de autonomização do setor privado em relação ao Estado, processo que começa a se delinear ainda no início dos anos 80 e que vem

a se firmar no final da década. Inicia-se um processo de mudança de hegemonia dentro do próprio setor privado. Tal contexto é dado pelo confronto entre um setor Estado-dependente e um outro mais dinâmico e que, já no seu início, não mantém relações diretas com a Previdência Social (Mendes, 1993: 35). Diluem-se, assim, anéis e circuitos burocráticos que davam sustentação ao modelo médico-assistencial privatista consolidado nos anos 70, basicamente apoiado sobre a cooperação solidária – e freqüentemente promíscua se analisada sob a ótica dos interesses públicos – entre a tecnoburocracia previdenciária e os produtores privados de bens e serviços médicos.

Nos anos 90, assiste-se a um recuo deste setor na celebração de contratos com o sistema público, agora representado pelo SUS. No estado do Rio de Janeiro, onde a presença das empresas médicas tem sido historicamente marcante, é visível o retrocesso deste setor, especialmente em alguns filões da prestação de serviços, embora quantitativamente ele continue relevante. Isso nos coloca diante de uma mudança significativa no tocante à estrutura de interesses em torno da saúde, já que se assiste a um recuo de um dos principais atores sociais, com influência decisiva no perfil de organização da atenção à saúde.

É necessária uma análise das motivações que levaram a essa retirada do setor privado do SUS, buscando compreender tanto o aumento na oferta de atendimento pelo poder público (especialmente pela esfera municipal), quanto o desinteresse desse segmento do setor privado em manter os convênios. É preciso entender que dois fatores simultâneos parecem influir nessa mudança de cenário. De um lado, as baixas remunerações pagas pelo SUS, de outro, uma possibilidade mais lucrativa de investimentos no segmento da chamada medicina de grupo e de seguros-saúde.

Observa-se que se descredenciam do SUS os grupos privados que tiveram capacidade de se modernizar, permanecendo vinculadas ao sistema público as empresas médicas menos capitalizadas e mais atrasadas do ponto de vista tecnológico.

A entrada em cena de novos atores vinculados à esfera municipal, com a descentralização político-financeira em curso, é um fator que contribui para a recomposição do setor privado no interior da arena política setorial. Com a transferência da responsabilidade da gestão

para estados e, principalmente, para os municípios, ocorre uma pulverização dos espaços de negociação e disputa de interesses em torno da saúde. Tal realidade difere do modelo implementado nas décadas anteriores, quando os arranjos político-clientelistas entre o setor privado contratado e a tecnoburocracia ocorriam prioritariamente no espaço circunscrito à esfera federal.

Mesmo o esquema de fraudes no pagamento de procedimentos à iniciativa privada pelo extinto Inamps teve de se adequar aos novos tempos e às novas formas de controle e de auditoria. Esse esquema foi alvo de inúmeras denúncias e, diante de uma conjuntura de grave crise econômica, responsabilizado, em parte, pela falência do sistema previdenciário.

Os anos 90 trazem para o centro do debate o tema da eficiência nas ações governamentais – imperativo numa conjuntura de déficit público, onde o que importa é gastar menos e melhor –, imprimindo maior racionalidade à alocação e ao gerenciamento do gasto público. No setor saúde, tal conjuntura coincide com a entrada em cena de outros atores, redefinindo os espaços decisórios sobre a eleição de prioridades e alocação de recursos - o nível local, os conselhos de saúde, as câmaras técnicas, as comissões intergestoras (bi e tripartites), a esfera legislativa, entre outros. Assim, de um lado, há uma relativa redução na disponibilidade de recursos; de outro, o aparecimento de novos grupos decisórios, buscando sobreviver por meio da redefinição de novos arranjos setoriais. Alguns grupos, explicitamente, mostramse empenhados em não ser identificados com o esquema de fraudes do passado recente. A conjugação desses dois fatores permite, em certos casos, constituir sistemas de saúde locais, com maior grau de eficácia e maior controle, inclusive sobre procedimentos realizados pelas empresas médicas contratadas. Isso define claramente uma tendência dentro da política de saúde, já que o novo desenho institucional comporta inúmeras modalidades de organização e gestão, conforme o arranjo político em cada contexto local.

Ainda com o propósito de compreender as inovações na relação entre público e privado, é necessário identificar uma postura da esfera federal, representada pelo Ministério da Saúde, de 'premiar' as concepções e práticas competentes na atenção à saúde, dando visibilidade às experiências bem-sucedidas. Isso se torna vital diante do desafio

de dar respostas concretas às complexas necessidades sanitárias do país, driblando, inclusive, as recorrentes restrições de ordem financeira. São exemplos os programas Médico de Família, de Niterói, e Saúde da Família, do Ceará, que hoje têm o status de 'modelo' para a saúde do país, mediando o debate sanitário nacional e ocupando lugar estratégico na política do Ministério da Saúde.

O aperfeiçoamento do jogo democrático com uma certa atmosfera de competição favorece uma racionalidade maior no emprego dos recursos públicos, bem como a busca, pelos gestores municipais, de soluções capazes de impactar o quadro local de saúde, produzindo, portanto, dividendos políticos. A 'ineficácia' do modelo médico-assistencial privatista do período anterior continua sendo alvo de intensas críticas, balizadas pela constatação de que boa parte do razoável montante de recursos aplicados não era revertida quer em uma melhora na oferta de serviços, quer na organização mais eficiente da rede e muito menos em melhores níveis de saúde. Ao contrário, ou se perdia nos meandros da administração pública ou era apropriada por grupos privados com a aquiescência do governo.

Os atuais gestores tendem a imprimir maior transparência ao processo de credenciamento de empresas médicas, bem como um monitoramento (mais quantitativo que qualitativo) dos serviços contratados, ameaçando, em alguns casos, as relações duvidosas e promíscuas entre o público e o privado. Os registros e atas dos Conselhos Municipais de Saúde, pelo menos daqueles mais atuantes, atestam tal fato. Na medida em que cada novo serviço a ser credenciado seja objeto de debate pelos conselheiros – explicitando-se a necessidade de contratação do serviço, razões pelas quais a esfera pública não pode provê-lo, assim como estratégias de avaliação sistemática (nem sempre implementada) da prestação do serviço –, os gestores, sem dúvida, estarão diante de novas responsabilidades e compromissos. Aqui se estabelece uma prática diferente das intermediações de cunho clientelista do passado, uma vez que o processo de contratação de serviços terceirizados passa por uma esfera de decisão coletiva.

Diante desse quadro, o posicionamento dos grupos privados (especialmente os que mantiveram, ao longo de anos, convênios com o extinto Inamps) orienta-se pela estratégia de desqualificar a capacidade da esfera pública na implementação do SUS, em virtude da

proclamada ineficiência gerencial do Estado. A estratégia pauta-se, então, não por críticas públicas e diretas à nova política oficial para a saúde e muito menos por crítica aos princípios da universalidade e da eqüidade, caudatários dos ideais democráticos e de justiça social tão propalados hoje em dia. Os empresários, especialmente aqueles que tiveram seus interesses fragilizados pelas propostas do SUS, apostam na inoperância do novo formato de gestão em vigor. [1]

O Setor Privado Autônomo: mecanismos regulatórios e interações com a esfera pública

Outra modalidade sob a qual se apresenta o setor privado de saúde no Brasil é aquela rotulada de "setor privado autônomo" (Reis, 1997) ou "atenção médica supletiva" (Mendes, 1993), que busca consolidar seus interesses com autonomia e independência em relação ao Estado, já que este não participa de seu financiamento direto. Importa assinalar, de início, que o crescimento desta modalidade de prestação de serviços aparece como um efeito não previsto nos marcos da reforma sanitária e no contexto de aprovação do SUS, ainda no final da década de 80, bem como no decorrer de sua implementação a partir do início dos anos 90.

O setor integra as seguradoras de saúde, as cooperativas médicas e as empresas de medicina de grupo. Segundo levantamento de 1997, o setor acolhe mais de mil empresas, movimenta cerca de US$ 14,8 milhões por ano (2,6% do PIB) e cobre aproximadamente 27% da população do país (Ipea, 1998). Esse crescimento vigoroso, que se dá ao longo das duas últimas décadas, em grande parte se deve à universalidade proposta pelo SUS. Isto é, tal crescimento mantém uma relação direta com a expansão da clientela do sistema público a partir da afirmação do direito universal à saúde em 1988. Por outro

---

1 Pesquisa recente por nós realizada no município de Duque de Caxias, na Região Metropolitana do RJ, permitiu uma aproximação com tal discurso. A partir do processo de municipalização em 1992, há um esforço do poder político local em imprimir lugar de destaque para a saúde na agenda política, com significativa expansão da oferta de serviços e diminuição dos contratos com a extensiva rede contratada, cujos convênios eram balizados por critérios clientelistas sem controle público. Frente a essas inovações no curso da política de saúde local, o setor privado ex-conveniado busca estratégias de desqualificação desse novo formato assentado sobre o fortalecimento da esfera pública. Coloca sob suspeita a forma de gestão instituída pelo SUS que se sustenta em bases colegiadas, e portanto, segundo esse discurso, difusas e impróprias a um gerenciamento eficaz.

lado, a conjuntura de crise econômica e de descontinuidade e mesmo regressividade dos investimentos públicos – quer na manutenção, quer na ampliação de serviços para fazer face a este radical aumento de clientela – explica, em boa parte, a expansão acelerada deste setor.

Na verdade, é insuficiente explicar a migração de parte significativa de usuários para o setor médico supletivo acentuando apenas a perda de qualidade do setor público com o advento do estatuto universalista do sistema de saúde. A nosso ver, é necessário considerar também outros fatores que interferem no acesso e na utilização de serviços de saúde. De qualquer forma, ter a garantia e a segurança de possuir um plano de saúde passa a fazer parte da demanda social e das aspirações dos mais diversos segmentos da sociedade brasileira, independentemente da adequação, extensão ou até mesmo da qualidade do serviço prestado. Como se sabe, os planos de saúde, já em fins dos anos 80, compunham a agenda de negociação dos sindicatos de operários e a pauta de reivindicação dos trabalhadores mais bem organizados.

Independentemente da discussão sobre os segmentos que compõem a clientela dos planos de saúde – se é constituída basicamente da classe média e de trabalhadores das grandes empresas –, importa observar que a visão comum é que o setor público de saúde é associado no imaginário social à ausência de médicos e de equipamentos, à espera excessiva, ao desprezo pelas necessidades individuais, ao descuido com as instalações e conforto da clientela, fatores aos quais a área privada responderia com eficiência. O setor privado autônomo, genericamente conhecido como o setor vinculado aos 'planos de saúde', em contrapartida, aparece representado nesse imaginário social como referência assistencial de melhor qualidade frente aos riscos de agravos à saúde.

Estratégias de *marketing* veiculadas pela mídia, sem dúvida, contribuem diretamente para a divulgação da concepção de maior eficiência da atenção médica supletiva, enfatizando sua rapidez e resolutividade. Inclusive, convém salientar que é latente entre os não usuários dos serviços prestados por essas empresas médicas (ou seja, os 120 milhões que dependem do SUS) o sentimento de exclusão dos benefícios que o arsenal tecnológico moderno no campo médico pode hoje oferecer. As campanhas publicitárias dão ênfase exatamente a estes dois pontos: 1) facilidade e comodidade no acesso aos serviços e

2) disponibilidade/acessibilidade aos mais modernos equipamentos de diagnóstico e terapia.

O contraponto a esse *marketing* vem, de certo modo, da quantidade de ações que pleiteam na justiça a reparação de danos causados pelo atendimento precário ou pela ausência de atendimento aos beneficiários da atenção médica privada. A gama de ações e recursos judiciais é de tal ordem que fomentou um amplo debate na sociedade, cuja direção apontou a necessidade de uma efetiva regulação do Estado sobre o mercado privado de saúde.

Após inúmeros conflitos e impasses no âmbito legislativo, foi promulgada, em junho de 1998, a lei que regulamenta este mercado, estabelecendo parâmetros básicos para a prestação de serviços de saúde, ampliando cobertura e direitos, incluindo doenças antes não assistidas e regras para o cumprimento de carências, entre outras providências.

O pouco tempo de vigência da lei ainda não permite apreciações mais conclusivas sobre sua capacidade concreta de balizar as relações empresa/clientela. Entretanto, é certo que, diferentemente do que ocorreu até pouco tempo, quando o setor não sofria qualquer regulamentação, a nova legislação permitirá que pelo menos novos parâmetros se interponham à selvageria desse mercado.

Acresce-se a isso um atributo particular da clientela do mercado de serviços privados: seu grau de escolarização, de consciência de seus direitos e a capacidade de vocalizar demandas. Nesse aspecto, difere fundamentalmente da média dos usuários do SUS, que, por motivos bem conhecidos, tem muito mais dificuldade em formular e dar visibilidade às suas demandas e reivindicações.

O quadro que se desenha permite antever um aumento da pressão exercida sobre o Estado pelos usuários dos planos de saúde, no sentido de que seja exercida uma efetiva fiscalização desse mercado prestador de serviços, aperfeiçoando ou ampliando os dispositivos legais existentes. Uma resposta satisfatória a esta 'pressão' é difícil, se se tem em vista a baixa capacidade regulatória do Estado brasileiro e a morosidade do nosso sistema jurídico.

Cabem, portanto, duas ordens de reflexão a propósito dos efeitos da regulamentação dos planos e seguros privados de saúde. A primeira diz respeito a um certo 'alívio' do setor público a partir da nova legislação, que obriga as empresas médicas a arcarem com

o tratamento das doenças crônicas, com os procedimentos de alta complexidade e, portanto, de alto custo, que sempre recaíam sobre o sistema público. De outro lado, esse alívio é relativo, já que novos encargos operacionais e financeiros são necessários à ação fiscalizadora que o poder público assume.

Hoje em dia, a questão crucial para o setor e até mesmo para a preservação dos princípios de eqüidade do SUS reside na discussão sobre a capacidade de regulação do Estado e sobre os critérios em que se dá a articulação entre o sistema público e o suplementar na prestação do cuidado médico. Isto é, o debate gira em torno do questionamento sobre o quanto de autonomia o mercado privado de saúde deve manter em relação ao Estado e não exatamente sobre a possibilidade de o sistema de saúde prescindir da colaboração do setor privado.

Para Reis (1997), os mecanismos tradicionais e os diferentes incentivos que o Estado tem fornecido a este setor vêm consolidando suas bases de sustentação e permitindo mesmo sua expansão. O principal fator de crescimento desta modalidade de prestação de serviço de saúde foi garantido por intermédio da renúncia de arrecadação fiscal por parte do Estado, mecanismo indireto, porém, claramente, de incentivo à formação dessas empresas, evidenciando a autonomia relativa deste segmento, como já expusemos.

Isso tem impacto relevante sobre o conjunto dos investimentos no setor público, relativizando, portanto, o grau de autonomia deste setor privado não contratado pelo SUS em relação ao Estado. O impacto dessa modalidade de relação entre público e privado sobre o gasto público no setor saúde ainda precisa ser mais bem avaliado. Mas o fato é que este complexo arranjo deverá crescer, tendo papel relevante no setor saúde no Brasil nos próximos anos.

As Cooperativas Médicas no Cenário Atual

O terceiro filão explorado pela iniciativa privada na prestação de serviços de saúde compreende as chamadas 'cooperativas médicas', que tiveram crescimento vigoroso ao longo da última década. Tais entidades, diferentemente da assistência médica 'autônoma', mantêm uma relação de dependência direta com o Estado, já que prestam serviços às instituições públicas de saúde, embora não exclusivamente.

Os contratos celebrados entre as cooperativas e o sistema público, representado em sua maioria pelas prefeituras, prevêem que as cooperativas mantenham sob sua responsabilidade o recrutamento, seleção e administração de profissionais que atuarão em unidades públicas.

A regulamentação do SUS prevê a prestação de serviços por cooperativas e entidades sem fins lucrativos. Nessa brecha legal é que as cooperativas médicas se organizam e se expandem. Esse processo é impulsionado pela nova distribuição de responsabilidades no interior da política de saúde com ênfase na ação municipal. É exatamente diante da precariedade da oferta de serviços públicos e da fragilidade da organização administrativa da esfera municipal, frente à precariedade dos investimentos na saúde, que as cooperativas se fortalecem. Os profissionais cooperados representam para alguns municípios e sistemas locais um suporte importante para o funcionamento dos serviços e da atenção à saúde, notadamente nas áreas onde o poder público, por diversos motivos, não consegue atrair ou fixar o profissional de saúde.

No estado do Rio de Janeiro, essa experiência vem se disseminando em diversos municípios, entre eles alguns de grande porte, como a capital, Nova Iguaçu e Duque de Caxias. Seja na reativação de unidades básicas e maternidades na periferia, como em Duque de Caxias, seja na reestruturação de grandes hospitais, como o da Posse, em Nova Iguaçu – o primeiro do estado a funcionar a partir de 1995 com cooperativa – e o Lourenço Jorge, no Rio de Janeiro, a lotação de profissionais cooperados, principalmente médicos, tem sido a principal estratégia adotada pelo gestor municipal para manter a rede e os serviços públicos em funcionamento.

A entrada das cooperativas médicas no sistema público de saúde tem sido objeto de intensa polêmica entre os segmentos envolvidos. Essa polêmica é alimentada pela própria complexidade da política de saúde hoje, que tem à sua frente o desafio de dar respostas rápidas e emergenciais a questões de grande amplitude e de grande apelo popular e eleitoral. Ao mesmo tempo, os gestores locais têm de contemplar, e mesmo 'harmonizar', interesses diversos e até contraditórios, fruto deste novo arranjo político desencadeado pelo aprofundamento da descentralização/municipalização na saúde.

Do ponto de vista dos gerentes, a contratação das cooperativas representa a possibilidade de garantir um mínimo de eficiência e

resolutividade dos serviços e da rede pública como um todo, porque os processos de admissão e demissão de profissionais se tornam mais ágeis. Por outro lado, a não vinculação do profissional cooperativado com a instituição em que atua se apresenta como um problema, dada a intensa rotatividade e mesmo precariedade desta relação empregatícia. Isso freqüentemente resulta no não envolvimento deste profissional com os problemas e as demandas da unidade e até com a clientela atendida, e por extensão com a comunidade local. É recorrente no depoimento dos gerentes locais a não inclusão do profissional de cooperativa nos programas de treinamento e reciclagem. De forma geral, tais profissionais não fazem parte das equipes dos programas de saúde desenvolvidos rotineiramente pelas instituições públicas (Bodstein, 1999).

Essas questões têm um impacto direto sobre a qualidade da assistência, mas sua avaliação é bastante complexa. É preciso entender que, em situações emergenciais de déficit gritante de profissionais e diante de situações como desativação de leitos e fechamento de serviços e unidades de saúde, a contratação de profissionais cooperativados torna-se uma solução viável no curto prazo para os gestores locais. Em outros contextos onde o nível de oferta e a organização dos serviços são mais bem estruturados, provavelmente essa modalidade de contratação cria mais problemas do que soluções, haja vista os conflitos e insatisfações trabalhistas que suscita. Nesse sentido, é importante ter em mente que, diante da descentralização e municipalização acelerada, as prioridades e os desafios são comumente definidos em âmbito local, implicando uma variedade de situações e contextos.

Um dos grandes desafios que o setor enfrenta hoje passa pela reformulação ou definição de um novo modelo assistencial em saúde. Estão em jogo, entre outras coisas, medidas e ações concretas que potencializem a integralidade da atenção à saúde, preconizada desde o início da criação do SUS. A idéia é superar a dicotomia entre ações curativas e preventivas, garantindo o direito da população a um atendimento de qualidade em todos os níveis da atenção em saúde. Está em discussão também a questão da promoção à saúde, em que a rede de serviços é uma dentre as diversas instituições e setores que a compõem.

Neste sentido, a contratação das cooperativas médicas vem contribuir para a permanência do modelo de atenção tradicional e de seu

impacto negativo na resolutividade das ações de saúde, fato que tem sido constatado em muitas regiões, apesar da significativa expansão da oferta verificada após a municipalização e a conseqüente reorganização das redes locais.

A entrada das cooperativas, principalmente nas áreas periféricas dos grandes centros urbanos, representa para a clientela local o acesso à assistência médica, antes mais precária ou mesmo inexistente em certos casos, forçando a busca pelo atendimento nas áreas centrais, que operam freqüentemente além de sua capacidade.

Polêmicas e tensões políticas à parte, os dados de produtividade das secretarias municipais de saúde onde as cooperativas atuam demonstram claro aumento de cobertura das ações de saúde, com nítida repercussão sobre o grau de satisfação da clientela. É certo que esta variável (grau de satisfação da clientela) é por si um dado bastante subjetivo e sujeito a interpretações diversas, o que, contudo, não o invalida como variável relevante na análise das inflexões presentes hoje no contexto da política de saúde.

O funcionamento da rede de saúde por meio da contratação de cooperativas torna-se também, neste momento de crise financeira, uma solução para as vultosas demandas dirigidas aos governos locais, por atender a dupla função:

- a reativação de unidades de saúde gera dividendos políticos incontestáveis;
- a própria provisoriedade destes contratos permite às burocracias municipais lidar com as descontinuidades da receita municipal para a área e principalmente com as descontinuidades dos repasses federais, que constituem ainda a principal fonte de recursos do total de investimentos no sistema de saúde.

As vicissitudes que se interpõem à política de financiamento do setor, sujeita a toda sorte de intempéries, parecem incompatíveis com os custos de contratação de um número expressivo de novos profissionais via estatuto público com remuneração acima da média atual do setor público, realidade dos médicos cooperativados hoje. Tal providência geraria despesas fixas das quais a administração municipal não poderia se desvencilhar em caso de queda da receita.

A entrada das cooperativas no setor público vem sendo questionada também pelos próprios conselhos de medicina, ator político

relevante no contexto setorial. Tais conselhos discutem a dimensão ética envolvida nesse processo, propiciando suporte jurídico a tais questionamentos, como de resto questionam os contratos de terceirização de hospitais públicos no estado do Rio, hoje em desarticulação devido à eleição de uma nova coalizão política para o governo do estado.

Na ótica das entidades de fiscalização do exercício da prática médica, ocorre com o sistema de cooperativização das instituições uma fragmentação das responsabilidades éticas e civis. Isto se deve à natureza jurídica das cooperativas, cuja dinâmica de funcionamento não permite um acesso preciso à alocação de profissionais, diferentemente da rotina usual das instituições públicas.

Nestes termos, expõe-se a ambigüidade em que se vêem as entidades de representação médica: por um lado, identificam e questionam as diversas irregularidades do exercício da prática médica segundo o modelo de cooperativas (como restrição aos direitos trabalhistas e não pagamento de pró-labore aos médicos, entre outros); por outro lado, a existência de cooperativas representa postos de trabalho para a categoria, restritos devido à oferta escassa de vagas em concurso público.

Os Novos Convênios entre Grandes Hospitais Públicos e os Planos de Saúde

No quadro atual, identifica-se ainda outra tendência nas relações atuais entre o setor público e o privado: os novos convênios estabelecidos entre os 'planos de saúde' e hospitais públicos, que passam a vender para aqueles serviços de alta complexidade. Estes contratos se dão notadamente com os hospitais universitários, mas também em menor escala com grandes hospitais especializados.

No Rio de Janeiro, empresas já firmaram convênios para prestação de alguns serviços na área de cardiologia com o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ), com o Hospital Universitário Pedro Ernesto (Uerj) e para a realização de cirurgias com o Hospital de Traumato-Ortopedia (Ministério da Saúde), entre outros.

Tal tendência, ainda que não consolidada, acirra o debate, mostrando desde já o potencial de conflitos ensejados em torno desta

iniciativa. Para os hospitais, significa poder beneficiar-se de recursos extras em meio a uma crise financeira aguda, originada pela drástica queda no patamar de repasse de recursos federais nos últimos anos. Assim, para os que estão à frente da gestão dessas instituições, os contratos com a área privada permitem maior autonomia gerencial, porque os recursos públicos deixam de ser a única fonte de financiamento, ainda que continuem a ser a principal.

Por outro lado, ao assumirem como clientela os usuários do serviço privado, os hospitais públicos, na verdade, podem estar 'reduzindo' o atendimento à sua clientela primordial, ou seja, os atendimentos do SUS, já prejudicada em função da superioridade da demanda em relação à oferta. Aqui poderia estar embutida uma distorção ou um efeito perverso no curso deste processo, visto que o argumento utilizado para justificar os contratos com o setor privado – a provisão de mais recursos para poder manter e/ou ampliar a oferta – pode vir a ser um fator de agravamento, uma vez que parte da capacidade de atendimento dessas instituições se volta para a clientela privada. Esta distorção seria minimizada apenas com um 'aumento real' no total de ações prestadas por esses hospitais, o que parece não estar acontecendo.

Neste sentido, reforça-se a relevância das instâncias regulatórias nesse processo de venda de serviços pela esfera pública ao setor privado. Primeiro, no que se refere à natureza e às dimensões desses convênios, de forma a não se incorrer no equívoco de colocar a serviço da área privada a estrutura pública de alta complexidade, tornando-a inacessível à clientela do SUS.

Esta busca da esfera privada em firmar convênios com os hospitais públicos de alta complexidade é potencializada pelas novas exigências da regulamentação da atuação do setor, que impõe intervenções de alto custo como constantes do contrato firmado entre empresa e usuário. Até a entrada em vigor desta legislação, cada empresa oferecia a gama de serviços que melhor lhe aprouvesse, cabendo ao potencial cliente aceitá-la ou não. Assim, os procedimentos de alto custo eram, na verdade, custeados pelo setor público, inclusive para a parcela da sociedade vinculada à medicina privada, já que a esta não interessava expandir a oferta destes serviços em virtude de seu custo elevado pelo alto grau de incorporação de equipamentos biomédicos e de profissionais com alto nível de especialização.

Os esforços de regulamentação do mercado privado de saúde visam a interferir positivamente neste quadro, de modo que o setor privado assuma sua parcela de responsabilidade no custeio da medicina de alto custo, bem como das doenças crônicas e infecto-contagiosas.

Com efeito, a posição dos altos escalões de poder do setor saúde frente a essa nova relação de compra e venda de serviços entre o sistema público e o privado tem se mostrado extremamente dúbia. Não há qualquer iniciativa no sentido de firmar regras para o estabelecimento de tais contratos e nem de dificultar que eles ocorram. Sem qualquer parâmetro regulador, fica a critério das próprias partes envolvidas – hospitais e empresas privadas – a delimitação da abrangência e cumprimento dos convênios.

Também não há qualquer controle por parte do poder público sobre a sistemática de aplicação dos recursos provindos dos contratos. Isto é agravado pelo fato de essas grandes instituições de saúde estarem fora da instância da gestão municipal, devido mesmo a sua finalidade assistencial complexa, desempenhando a função de referência regional, ultrapassando, portanto, o limite municipal.

Está embutida aí a idéia de permitir maior autonomia de gestão a estas unidades, concepção que se institui com o próprio processo de reestruturação da política de saúde. Somada a isso, verifica-se uma postura do poder público federal de 'ignorar' as 'soluções' encontradas pelas instituições para gerir internamente os déficits advindos das restrições orçamentárias.

Apesar de todas as distorções, reais e potenciais, que podem envolver essas experiências, é certo que o poder público hoje dispõe de mecanismos antes inexistentes para interferir nesse processo.

As intensas críticas e denúncias referentes ao chamado modelo médico assistencial privatista (Mendes, 1996) erigido na década de 70 – por sua ineficiência e incapacidade de promover eqüidade na atenção à saúde – são hoje referências centrais para a atuação da gestão pública. Identifica-se, de modo geral, uma atmosfera de maior transparência na administração dos recursos e das instituições de saúde, reflexo não só do processo de reforma político-assistencial do setor, mas também da acomodação das regras processuais inerentes ao jogo democrático em curso.

Os interesses do setor privado e os acordos erigidos entre ele e o setor público são hoje mais explícitos e visíveis, ainda que continuem

tendo, como sabemos, acesso privilegiado à agenda e à tomada de decisão na esfera pública. Entretanto, os acertos não se dão mais da maneira escusa como no período autoritário, configurando acordos de conteúdo circunscrito unicamente à burocracia central e às empresas médicas.

Este fato pode ser exemplificado pela divulgação da notícia da inauguração (7/7/1999) do Centro de Tratamento Intensivo do serviço de cirurgia cardíaca do Hospital Universitário Pedro Ernesto, unidade da Uerj, considerado um dos mais modernos do país em assistência cardiorrespiratória, equipado com tecnologia de última geração e que, além de reformado, passará a oferecer assistência também a pacientes conveniados a planos de saúde. A reportagem enfatiza que o atendimento será o mesmo oferecido a pacientes do SUS e que haverá uma fila diferenciada para as cirurgias. Vê-se claramente uma preocupação dos atores envolvidos em enfatizar ou reafirmar o caráter primordialmente público dessas instituições e só residualmente voltado para a assistência privada. Essa justificativa é necessária inclusive pelas intensas críticas que essas iniciativas sofreram dentro e fora das instituições onde se originam.

Apesar de tais avanços, não se pode deixar de considerar a intensa e tradicional relação da categoria médica com a esfera privada de prestação de serviços de saúde, seja na condição de empregado ou proprietário de clínicas ou hospitais. Um alto percentual de médicos, como sabemos, possui contratos com os próprios 'planos de saúde'. Ou seja, essa imbricação, que já se dá fora do âmbito público, pode tornar difusa a linha divisória entre os interesses públicos e os interesses privados dentro dos hospitais públicos contratados pelas empresas para atender seus usuários.

Aqui, a nosso ver, constitui um fator primordial a não identificação *a priori* da corporação médica, pelo menos enquanto coletivo, com a concepção da saúde como um bem público. Ou seja, não é parte da cultura profissional nem do imaginário social da categoria a defesa e o compromisso com a eqüidade e a distribuição mais justa de recursos, como já apontado por diversos autores (Vianna, 1989; Campos, 1992, entre outros). Isto potencializa a ocorrência de distorções na alocação dos recursos assistenciais entre clientela privada e clientela do SUS no interior das instituições públicas.

Esse novo formato de relação entre estrutura pública e estrutura privada constitui, ainda, pelo pouco tempo de vigência dos contratos, uma tendência na política de saúde. É certo, entretanto, que a crise fiscal e as restrições orçamentárias impõem aos gestores soluções e iniciativas *ad hoc*.

No caso dos hospitais vinculados às universidades federais, os convênios com os 'planos de saúde' coincidem com as diretrizes do projeto de autonomia universitária anunciado em abril de 1999 pelo Ministério da Educação, que tem como uma de suas diretrizes a busca de outras fontes de receita além do repasse do ministério.

O debate em torno do projeto de autonomia é potencializado pelo questionamento sobre a capacidade de sobrevivência destas instituições com a redução do financiamento público e seus possíveis impactos, diante das funções cada vez mais complexas da universidade na sociedade contemporânea, particularmente em realidades como a nossa. Nesse contexto, adquire particular relevância o peso do custeio dos hospitais universitários frente ao orçamento atual, com suas funções de ensino, pesquisa e assistência.

A manutenção/expansão ou, ao contrário, o retrocesso desses convênios dependerá, por certo, do jogo político e da pactuação entre os diferentes projetos e interesses envolvidos. Assim, por um lado, a crise de financiamento por que passa o setor público alavanca de fato inovações no terreno da captação de recursos para o custeio de suas atividades; por outro, as forças sociais que se opõem a essas iniciativas, por interesses corporativos ou mais amplos, têm demonstrado capacidade de interferir na agenda de mudanças encetada pelo governo, com reflexo inclusive nos enfrentamentos e arranjos no campo parlamentar.

Considerações Finais

A política de saúde e de implementação da reforma sanitária no cenário de contenção de gastos públicos traz como imperativo a conciliação entre os princípios da eqüidade e da eficiência. A eqüidade, baseada em valores, implica a definição de prioridades e de graus de urgência relativa, enfim, a hierarquização de problemas que, em última instância, irão justificar critérios e princípios socialmente mais justos para a alocação de recursos públicos. A eficiência, apoiada na

racionalidade dos meios, na minimização dos custos e maximização dos resultados, é, cada vez mais, um princípio fundamental à gestão das políticas públicas.

O debate assim se desloca não para a defesa dos princípios do SUS, mas para questões concretas que ganham visibilidade no processo decisório, no qual os gestores das políticas de saúde estão envolvidos. Na definição da agenda pública, surgem tensões e conflitos entre, por exemplo, a necessidade de traçar prioridades, definir clientelas especiais, população-alvo ou segmentos mais vulneráveis - enfim, entre focalizar e priorizar um tipo de atendimento em detrimento de outro.

Aqui a indagação é se a universalidade gera mais integração e eqüidade ou, ao contrário, pode na verdade ser uma medida socialmente regressiva, implicando desperdício da verba pública com quem de fato não precisa. Aparentemente, a universalidade gera integração, e a eletividade, conflito. Mas isso não é claro para um gestor em um processo decisório que articula e tem que conciliar prioridades e recursos limitados.

O investimento público no campo da saúde afasta-se cada vez mais do ideal universalista e aproxima-se na mesma proporção de uma intervenção focal, priorizando determinadas clientelas em função da situação de risco em que vivem. Embora polêmico, o fato é que a eleição de determinados grupos sociais e/ou regiões consta cada vez mais das agendas de decisão política frente aos esforços de implementação do SUS.

Com isso, legitima-se progressivamente a divisão de clientelas, legitimando, por sua vez, o lugar ocupado pelo setor privado 'autônomo' no setor saúde, ao qual cabe atender as necessidades de saúde das classes mais favorecidas, seja porque tais segmentos não se adaptam à lógica assistencial do setor público, seja porque não constituem um grupo prioritário para as ações governamentais.

O debate em torno da perda de qualidade pelo sistema público em função da retirada das classes médias com sua migração para o sistema privado autônomo parece estar sendo substituído por esforços para imprimir maior racionalidade e eficiência à gestão do sistema público, em meio a uma crise fiscal que impõe restrições orçamentárias severas. O desafio continua sendo a necessidade impreterível de prover serviços assistenciais a cerca de dois terços da população total do país, população essa que dependente exclusivamente do SUS (Ipea, 1998).

Com efeito, o setor privado prestador de serviços de saúde soube acomodar-se às novas regras estabelecidas no interior da política de saúde a partir do final da década de 80. Uma vez instituído o SUS e definido um caráter complementar à iniciativa privada no funcionamento do sistema, este grupo (hoje composto também por novos segmentos empresariais) foi capaz de desviar seus investimentos para outras esferas da prestação de serviços de saúde, além dos convênios tradicionais com o sistema público, consolidando sua posição na política setorial.

O capital privado na saúde encontra-se hoje diversificado em diferentes frentes de atuação, por meio dos chamados planos de saúde, das cooperativas que mantêm convênio com os sistemas municipais ou, ainda, por intermédio da manutenção de convênios com o SUS. É certo que este segmento, visto no seu conjunto, mantém enorme vitalidade e capacidade de dinamização interna e de adaptação a mudanças nas regras do jogo.

O cenário hoje expõe um arranjo complexo, onde convivem novas formas de relação entre a área pública e a área privada, mas também entre os parceiros dentro do próprio setor público. Neste setor, com a consolidação do processo de descentralização, definem-se experiências locais assentadas em modelos de gestão diversificados, com maior ou menor incorporação do setor privado ao sistema, bem como formas diferenciadas de lidar com mecanismos de controle sobre os serviços prestados pela estrutura conveniada.

Buscamos nesta análise dimensionar as atuais tendências nas relações entre a esfera pública e a iniciativa privada no campo da saúde, analisando o conteúdo das inovações em curso, tendo por referência a propalada capacidade de inovação tecnológica e conquista de novos mercados empreendida pelo setor privado, mas procurando compreender tais inovações no contexto dos novos desafios que emergem entre público e privado no setor saúde.

Referências Bibliográficas

BODSTEIN, R. et al. Novos desafios à gestão em saúde: a experiência do município de Duque de Caxias, RJ. *Revista de Administração Pública (RAP)*, 33(4): 63-79, 1999.

CAMPOS, G. W. *Reforma da Reforma: repensando a saúde.* São Paulo: Hucitec, 1992.

IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). *Visor Ipea*, ano III, n. 7, novembro de 1998.

MENDES, E. V. 1993. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde.* São Paulo: Hucitec, 1993.

MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

REIS, C. O. O setor privado 'autônomo': um caso de política. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, 152, 1997.

VIANNA, M. L. W. Política Social e Transição Democrática: o caso do Inamps. Rio de Janeiro: UFRJ-IEI, 1989. (Mimeo.)

19 Racionalidade Econômica e Qualidade de Vida: o caso do financiamento da saúde

Solon Magalhães Vianna

Introdução

A questão saúde se revela entre as de maior precedência na escala de valores da sociedade brasileira nos últimos anos. Essa evidência pode ser aferida tanto por pesquisas de opinião, como pela freqüência com que temas setoriais surgem na mídia. Avanços na tecnologia médica, dificuldades de acesso aos serviços providos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conflitos entre operadoras de planos de saúde e usuários parecem ser, não necessariamente nessa ordem, os assuntos com maior exposição nos meios de comunicação.

A julgar pelas pesquisas de opinião, a saúde pode ser considerada como um dos fatores condicionantes mais importantes da qualidade de vida. Quando o país rumava para a hiperinflação, a saúde era o segundo problema mais importante percebido pela população. Alcançada a estabilidade econômica, manteve, junto com salários, a segunda posição no *ranking* das preocupações da sociedade, ultrapassada somente pelo desemprego.

Tabela 1 – Problemas apontados pela população em ordem de importância. Brasil – 1998

Problema	%
Desemprego	48
Saúde	37
Salários	37
Segurança pública	21
Rede de água	16
Esgoto	16
Falta de lazer	13
Educação	12
Drogas	12

Fonte: Ibope (Pesquisa de opinião sobre a saúde pública), fev. 1998.

Cabe destacar que os demais problemas referidos pela população repercutem, com maior ou menor intensidade, no sistema de saúde e na qualidade de vida. É sobre o sistema de saúde, principalmente sobre seu componente público, que incidem os efeitos das diferentes formas de violência, da falta de saneamento básico e do uso de drogas lícitas e ilícitas. Diminuição da renda ou perda do emprego significam, em última análise, a impossibilidade total ou parcial de comprar medicamentos e/ou de pagar a mensalidade do plano de saúde. Baixas taxas de escolaridade, por sua vez, rebatem diretamente nas condições de saúde; é conhecida a correlação entre escolaridade da mãe e mortalidade infantil.

A importância da saúde, de resto, já estava claramente reconhecida pela Constituição, que a incluiu entre os direitos sociais, juntamente com educação, trabalho lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados (C. F., Art. 6º), e a considerou “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (C. F., Art. 196).

Sob a ótica macroeconômica, trata-se de um setor de magnitude crescente em todo o mundo. Afinal, um ‘mercado’ equivalente a 14% do PIB nos Estados Unidos e a pouco mais de 7% na Inglaterra, Canadá e Argentina não é negligenciável. No Brasil, a participação da

saúde no PIB – perto de 4% no início dos anos 80 – situa-se, atualmente, em torno de 7%. Do ponto de vista das finanças públicas, é o terceiro item de gasto público (federal, estadual e municipal) depois de previdência e educação. No âmbito da União, é o segundo. Previdência social é o primeiro.

Este texto trata da questão do financiamento da saúde em seus aspectos gerais e em alguns pontos específicos. A abordagem mais geral está centrada nas formas como são financiados os serviços de saúde (Capítulo II). O enfoque mais específico é objeto dos capítulos seguintes, onde são discutidos o gasto nacional com saúde, com destaque na evolução recente do componente público deste gasto, e a Emenda Constitucional nº 29, promulgada em setembro com o intuito de garantir recursos estáveis para os serviços públicos de saúde.

Como são Financiados os Serviços de Saúde

A carga tributária nacional, da ordem de R$ 260 bilhões, equivale a 30,25% do PIB. Embora à União correspondam 67,9% dos recursos gerados, o ICMS – um imposto estadual – é o principal tributo, sendo responsável por 22,8% (6,88% do PIB) da arrecadação dos três níveis de governos. Estados e municípios respondem, respectivamente, por 27,3% e 4,8% da carga tributária nacional (Tabela 2).

A tabela também mostra que, no âmbito federal, cerca de 64% da receita da União estão sob a governança do Tesouro Nacional (Ministério da Fazenda). Se, com a criação do orçamento da seguridade social (C. F., Art. 165, § 5º, II), as contribuições sociais tivessem ficado fora da órbita fazendária, como já acontecia com a contribuição sobre a folha de salário, o Ministério da Fazenda (Tesouro) teria sua governança reduzida para apenas 30% da receita tributária federal.

Tabela 2 – Carga tributária global estimada por nível de governo para 1997 – Brasil

Nível de governo	R$ milhões correntes	% do PIB	% do total
União	177.722	20,53	67,9
Tesouro Nacional [1]	114.394	13,22	43,7
Previdência Social [2]	47.695	5,50	18,2
FGTS (caixa)	12.932	1,49	4,9
Outras [3]	2.800	0,32	1,1
Estados	71.483	8,26	27,3
ICMS	59.575	6,88	22,8
IPVA	4.100	0,47	1,6
Taxas	2.000	0,23	0,8
Outras receitas [4]	5.000	0,67	2,2
Municípios	12.600	1,46	4,8
ISS	4.300	0,50	1,6
IPTU + ITBI	4.500	0,52	1,7
Taxas e contrib. melhorias	2.100	0,24	0,8
Outras receitas [4]	1.700	0,20	0,7
Total	261.804	30,25	100

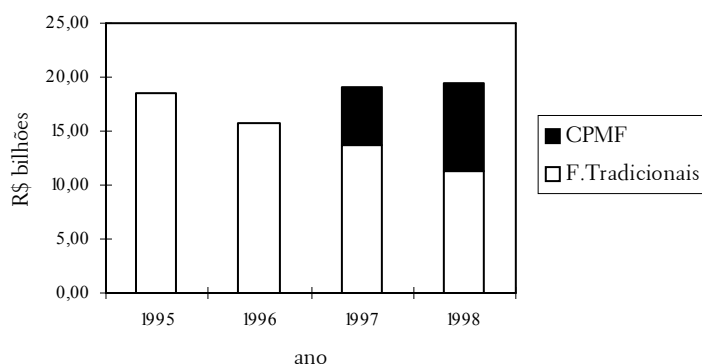
Nota: 1) Inclui contribuições sociais geridas pelo Tesouro (Contribuição sobre Lucro Líquido, Cofins, CPMF); 2) Contribuição de empregados e empregadores + Simples; 3) FNDE e demais receitas; 4) Contribuição dos servidores para seguridade, imposto de renda retido na fonte e outras receitas.

Fonte: Carga tributária bruta global estimada para 1997 (Mimeo).

Do ponto de vista da administração financeira, as contribuições sociais permanecem uma fonte bastante atraente para a União, em comparação com a receita de impostos, por quatro razões básicas:

- por sua magnitude, já que correspondem a mais de 57% da receita federal;
- porque não estão sujeitas à obrigatoriedade constitucional de partilha automática com outros níveis de governo;
- pela possibilidade de cobrança noventa dias depois de sua criação ou modificação (C. F., Art. 195, § 6º); os impostos, submetidos ao chamado princípio da anualidade, só podem ser cobrados no exercício posterior ao que ocorreu a sua criação ou majoração (C. F., Art. 150, III, b);

• porque, dada a sua vinculação a uma função 'nobre' – a seguridade social –, as contribuições sociais encontram, em comparação a outros tributos, menos resistência do Congresso e dos contribuintes à sua criação ou aumento de alíquota. A CPMF, criada com o objetivo de ampliar o orçamento do SUS, mas que acabou se transformando em um mero mecanismo de substituição de fontes (Gráfico 1), é um exemplo dessa aceitação. Dificilmente esse tributo, regressivo e pouco transparente,[1] teria sido aprovado se não estivesse legitimado por sua destinação específica.

Gráfico 1 – Gastos do Ministério da Saúde por fontes. Brasil – 1995-1998

Fonte: Sergio F. Piola.

Quando se considera, entretanto, apenas a receita proveniente de impostos (excluindo contribuições sociais, taxas), a hegemonia fiscal da União desaparece, já que estados e municípios passam a responder por mais da metade (56,6%) dos recursos. Esse indicador, ao mostrar a índole descentralizadora da Constituição de 1988, torna-se ainda mais expressivo quando se considera a distribuição de receitas de impostos entre esferas de governo depois da partilha constitucional via FPE e FPM. Nesse caso, a participação estadual e municipal, de acordo com as estimativas para 1997, sobe para 74,2% (Tabela 3).

[1] A vantagem da CPMF está no baixo custo de arrecadação, na imunidade à sonegação, no baixo índice de isenção e na ampliação da base de contribuintes.

Tabela 3 – Arrecadação de impostos e receita disponível por esfera de governo estimada para 1997 – Brasil

Níveis de governo	Arrecadação			Receita disponível		
	R$ milhões	% do total	% do PIB	R$ milhões	% do total	% do PIB
União	58.050	43,4	6,71	34.871	25,8	3,99
Estados	66.483	49,7	7,68	61.947	46,3	7,16
Municípios	9.300	6,9	1,07	37.318	27,9	4,31
Total	133.833	100	15,46	133.833	100	15,46

Fonte: Carga tributária bruta global estimada para 1997. (Mimeo).

Os serviços providos pelo setor público são financiados com recursos retirados da sociedade na forma de tributos. Considerar tais serviços gratuitos é apenas uma forma simplificada de dizer que não há pagamento pelo usuário no momento em que os utiliza. Como diz a máxima de um economista famoso, "não há almoço grátis". Invariavelmente, alguém paga a conta. Os serviços de saúde, sejam públicos ou privados, não fogem à regra.

Em tese e de modo geral, o financiamento desses serviços provém de:

- 'impostos gerais', como acontece na maioria dos países, sobretudo naqueles que contam com um sistema de saúde de acesso universal;
- 'contribuições específicas'; no Brasil, a esfera federal tem sido a principal fonte do financiamento público da saúde, graças às contribuições sociais. Isto ocorre desde que a previdência social, até 1988 quase exclusivamente financiada pela contribuição de empregados e empregadores sobre o salário, passou a ter importância no sistema de saúde;
- 'forma mista', combinando contribuições específicas com impostos gerais; no Brasil, nos últimos anos, apenas em 1993 e 1998 essa combinação teve alguma importância. Outra forma é a adoção da participação do usuário no custeio do serviço que utiliza (co-pagamento), com a finalidade de criar receitas adicionais e/ou funcionar como fator de moderação da demanda.

Tabela 4 – Participação relativa das principais fontes de financiamento do Ministério da Saúde. Brasil – 1993-1998

%

Fontes	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Recursos ordinários do Tesouro	8,95	1,00	3,15	0,20	1,02	10,78
Títulos do Tesouro/ Operações de crédito	18,15	2,81	11,32	12,44	3,28	1,52
Recursos diretamente arrecadados	1,01	2,13	2,43	2,50	2,41	2,59
CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS	67,45	46,92	69,24	63,30	72,99	70,97
Lucro das empresas	10,69	12,89	20,16	20,75	19,30	7,97
Cofins	25,14	34,03	49,08	42,54	25,89	25,95
Empregadores e trabalhadores	31,62	-	-	-	-	-
CPMF	-	-	-	-	27,79	37,04
Fundo de Estabilização Fiscal	0,00	36,77	11,93	17,66	19,47	13,28
Outras fontes	4,45	10,36	1,92	3,91	0,83	0,86
TOTAL	100	100	100	100	100	100

Fonte: Siafi/Sidor. Elaboração Ipea/Disoc.

Os serviços de saúde privados, por sua vez, são financiados segundo três modalidades: pagamento direto, pré-pagamento e a mista. No pagamento direto (*out of pocket*), forma tradicional que caracteriza a medicina liberal, o provedor fixa livremente o preço de seus serviços e recebe de seu paciente o valor estabelecido sem qualquer intermediário. Essa modalidade, por um lado, estreita as relações médico-paciente, mas, por outro, tem diversas desvantagens e limitações, entre as quais:

- o elitismo, já que, em países pobres e/ou com alta concentração de renda, poucos podem pagar os preços de mercado;
- a desigualdade, pois privilegia o provedor em detrimento do usuário;
- a imprevisibilidade para o paciente, que, muitas vezes, só sabe o preço a pagar após concluído o tratamento, como acontece nas internações hospitalares.

À imprevisibilidade se associa a pouca transparência diante da complexidade da conta hospitalar. Por isto, a prática do 'pacote' (incluindo ou não honorários médicos) começa a ter importância. Nessa modalidade, o paciente paga um valor fixo para o tratamento a que foi submetido, independentemente dos dias que permaneça internado e dos insumos (drogas, sangue, serviços de enfermagem) que utilize. Neste caso, há um compartilhamento de riscos entre provedor e usuário. As principais vantagens do 'pacote' – previsibilidade do custo, transparência e maior acessibilidade ao setor privado para quem não tem plano de saúde – podem, entretanto, ser neutralizadas pelo incentivo, presente nessa modalidade de pagamento, à minimização de custos mediante a redução de cuidados, o que pode levar, por exemplo, a altas precoces.

O pagamento direto vem sendo substituído, universalmente, pelo pré-pagamento. No Brasil, perto de 40 milhões de pessoas estão cobertas por esse sistema típico dos seguros e planos de saúde.

O seguro, caracterizado na sua forma ortodoxa pelo reembolso de despesas, preserva a relação médico-paciente, já que este paga o profissional ou os serviços de sua livre escolha e é ressarcido *a posteriori*. O inconveniente está no fato de o reembolso, na grande maioria das vezes, ser parcial e, freqüentemente, irrisório. Só os seguros mais caros, inacessíveis, portanto, à maioria, reembolsam o valor total (ou próximo) despendido, sobretudo no caso de honorários de profissionais com maior notoriedade. Nos planos de saúde, por disporem, invariavelmente, de rede de serviços própria ou referenciada, a desvantagem está na pouca amplitude da livre escolha.

Alguns sistemas de pré-pagamento adotam expedientes de penalização do consumo de serviços que considerem excessivo (*moral hazzard*). A instituição de franquias, co-pagamento (taxa moderadora) e tetos anuais de reembolso e/ou de utilização tem esse objetivo. De modo geral eficazes para os interesses das operadoras de planos e seguros, esses mecanismos têm como desvantagem a impossibilidade de distinguir o uso abusivo do necessário.

Despesas com Saúde

Quanto se Gasta

Alternativas metodológicas de apuração

Não há, na verdade, uma metodologia uniforme para apurar o gasto público com saúde. Quando a fonte é o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), na qual desde os anos 80 é apurado o gasto social, os valores encontrados para saúde estão abaixo dos obtidos quando se consideram, como é usual, as despesas do Ministério da Saúde (MS). Isto se deve fundamentalmente ao fato de a metodologia Ipea agrupar as despesas sociais do setor público segundo o objetivo ou finalidade desses gastos (área de atuação)[2] e não segundo o ministério responsável pelo dispêndio (Ipea, s.d.).

A forma de agregação utilizada pelo Ipea não é, portanto, compatível com os registros das despesas por órgão setorial (critério institucional), nem com os levantamentos das despesas por função ou programas (enfoque funcional), formatos usuais de apresentação das contas do setor público. O critério institucional, embora de extrema simplicidade, tem inconvenientes. Na área federal:

- despesas típicas com saúde, como manutenção de hospitais universitários e saúde escolar, são computadas no MEC;
- gastos com saneamento são contabilizados em vários ministérios;
- despesas com previdência do servidor público estão diluídas por todos os órgãos do Executivo, Legislativo e Judiciário;
- gastos com inativos e pensionistas do MS são incluídos como despesa com saúde.

Contudo, as diferenças, na área da saúde, entre a metodologia Ipea (área de atuação) e o institucional (MS) têm sido declinantes (Tabela 5). Superiores a 20% em 1994, tornaram-se residuais em 1999 (0,7%).

---

[2] Educação e Cultura, Saúde, Alimentação e Nutrição, Saneamento e Proteção do Meio Ambiente, Previdência Social, Assistência Social, Emprego e Defesa do Trabalhador, Organização Agrária, Ciência e Tecnologia, Habitação e Urbanismo, Treinamento de Recursos Humanos, Benefícios a Servidores.

Tabela 5 – Gasto federal com saúde e gasto do Ministério da Saúde. Brasil – 1994-2000

R$ 1.000,00 correntes

Ano	Gasto federal com saúde	Gasto do MS	Diferença (%)
1994	7.889.547	9.544.157	20,97
1995	13.533.869	14.891.875	10,03
1996	13.233.723	14.376.084	8,63
1997	17.107.230	18.804.474	9,92
1998	19.188.562	19.323.690	0,70
1999	–	20.334.265	–
2000*	–	20.322.387	–

* Previsto.
Fontes: Ipea (Diretoria de Política Social): gasto federal com saúde; MS (Conselho Nacional de Saúde): gasto do MS.

O enfoque funcional, uma outra maneira de apuração, não explicita determinados projetos e/ou atividades. O Programa Saúde (075), por exemplo, incorpora os gastos com merenda escolar e combate a carências nutricionais. O primeiro, uma política pública federal de abrangência nacional com recursos superiores a R$ 900 milhões, tem clara finalidade educacional. Seu objetivo é muito menos combater à mortalidade por desnutrição entre escolares do 1º grau, praticamente nula nessa faixa etária, do que contribuir para a redução de problemas escolares como o absenteísmo e o baixo índice de aproveitamento.

Mas a metodologia Ipea, embora sem os problemas das anteriores, também tem algumas limitações, pelo menos no caso da saúde. Por agregar o gasto com saúde dos funcionários civis e militares em outra área de atuação (Benefícios a Servidores), a metodologia mostra somente o gasto com o SUS, vale dizer, com ações e serviços de acesso universal. Pelo menos na área federal, a despesa com assistência médica e odontológica a servidores, embora pequena em relação ao dispêndio com o SUS, em valores *per capita* é quase 3,5 vezes superior ao que o MS destina à população como um todo. Ademais, os gastos com C&T, por seu turno, ao serem agrupados em área específica, como no exemplo anterior, reduzem o dispêndio com saúde, pois incorporam quase todo o orçamento da Fiocruz, algo em torno de R$ 276 milhões em 1999.[3]

[3] Mandelli, informação pessoal, nov. 2000.

Gasto nacional com saúde

O gasto nacional com saúde estimado para 1996 foi de pouco mais de R$ 48 bilhões (7% do PIB), possibilitando uma despesa setorial *per capita* de R$ 308,25. Ao contrário do que, em geral, ocorre em outros países que também contam com sistemas universais de saúde onde o financiamento privado é residual, no Brasil, o gasto privado é superior ao público (Tabela 6).

Tabela 6 – Gasto com saúde *per capita*, gasto público e privado como percentual do PIB em países selecionados com sistema de saúde de acesso universal

Países	*Per capita* (US$)	% do PIB	
		Gasto público	Gasto privado
Canadá**	1.945	6,8	2,4
Reino Unido**	1.039	5,2	0,9
Brasil*	328	3,3	3,7

* Estimativas para o Brasil (1998) baseadas em Ipea/Dipos e Correia, Piola & Arilha.
** Dados de 1990.

Fonte: World Bank (1993).

A participação federal no gasto total com saúde é da ordem de 27%, inferior, portanto, à dos planos e seguros de saúde (30,6%).

Considerando, porém, apenas o gasto público, a participação federal sobe para 53,7%. Estimativas mais recentes do Ministério da Saúde (SIS/Siops), com base em amostra de 1.579 municípios, apontam uma distribuição entre esferas de governo bastante aproximada da apurada pelo Ipea (Tabela 8).

Tabela 7 – Estimativa do gasto público e privado com saúde. Brasil – 1996

R$ correntes

Origem	Em R$ 1.000.000,00 correntes	*Per capita* R$ 1,00	%
Federal	13.279,00	84,54	27,4
Estadual	4.579,00	29,15	9,4
Municipal	6.859,30	43,67	14,2
Público	24.717,3	157,36	51,0
Planos de saúde	14.800,00*	94,23	30,6
Despesas diretas	8.900,00**	56,66	18,4
Privado	23.700,0	150,89	49,0
Total	48.417,3	308,25	100

* Faturamento estimado dos planos e seguro saúde.
** Não inclui despesas com planos de saúde. Refere-se apenas às regiões metropolitanas.
Obs.: População estimada para 1996: 157.070.163.

Fontes: Ipea (Diretoria de Política Social): gasto público; IBGE: Pesquisa de orçamentos familiares (POF-1995/1996).

Tabela 8 – Distribuição percentual do gasto público com saúde por esfera de governo segundo estimativas do Ipea (1996) e Siops (1998) – Brasil

Nível de governo	Ipea (1996)	Siops (1998)
Federal	53,73	57,47
Estadual	18,52	16,51
Municipal	27,75	26,02
Total	100	100

Fontes: Tabela 9 e Ministério da Saúde (SIS/Siops).

Três fatores explicam a maior importância da participação federal que antecede, diga-se de passagem, a criação do SUS:

- a Constituição de 1988, que atribuiu à União competência exclusiva para criar e arrecadar as contribuições sociais, fontes vinculadas à seguridade social (Saúde, Previdência e Assistência Social), apesar de saúde e assistência social, por determinação da própria Constituição, serem descentralizadas;

- a aparente inapetência do Ministério da Saúde, sobretudo entre 1988 e 1993, em descentralizar o sistema, o que contribuiu para que estados e municípios comprometessem com outras prioridades o incremento de suas receitas decorrentes da nova partilha tributária criada pela Constituição;
- a preservação na órbita do MEC e do MS de atividades descentralizáveis para estados e municípios, seja por determinação legal (Lei 8.080/90) – como no caso dos hospitais universitários, do Instituto Nacional do Câncer (Inca) e da rede de hospitais de doenças do aparelho locomotor –, seja por aparente falta de vontade política para descentralizar, como foi, até o início deste ano, o caso das ações e serviços de controle de doenças endêmicas.

O dado mais insólito da Tabela 7 diz respeito ao gasto privado.[4] Embora, em tese, o país disponha de um sistema universal e 'gratuito', empresas e famílias aportam recursos significativos para a saúde (assistência médica). As famílias brasileiras destinam, em média, 6,53% de seus orçamentos para atender suas necessidades de serviços médico-hospitalares e odontológicos. O pagamento de planos de saúde é o item mais importante para o conjunto da população (Tabela 9).

Cabe destacar que essa despesa não alcança apenas itens historicamente de baixa prioridade no menu assistencialista oficial, como dentista, remédios e óculos. Engloba também outros serviços de acesso supostamente garantido pelo Poder Público, como médicos e hospitais.

O caráter não eqüitativo do sistema de saúde fica evidenciado pelo fato de as famílias mais pobres despenderem um percentual de seu orçamento bem mais alto do que a média da população e do que o segmento mais rico. Entre os mais pobres, os remédios, item mais alto de despesa, absorvem mais da metade (52,5%) dos gastos com saúde. Entre os mais ricos, a primazia é o custeio dos planos de saúde, que compromete 1,9% do orçamento familiar.

[4] Nessa tabela, os dados sobre a participação privada estão subestimados porque o gasto das famílias – despesas diretas – refere-se apenas às regiões metropolitanas.

Tabela 9 – Percentual do orçamento familiar destinado pelos segmentos sociais mais pobres (menos de 2 SM) e mais ricos (mais de 30 SM) à assistência à saúde por tipo de despesa. Brasil – 1995-1996

%

Tipos de despesa	Total	+ pobres (< que 2 SM)	+ ricos (> que 30 SM)
Remédios	**1,88**	4,86	**1,01**
Planos de saúde	**1,90**	0,76	**1,90**
Dentista	0,97	0,28	1,07
Médico	0,26	**0,12**	0,35
Hospital	**0,16**	0,40	0,19
Óculos	0,17	0,13	**0,15**
Outras	1,19	2,72	1,06
Total	6,53	9,26	5,73

Fonte: IBGE (Pesquisa de orçamentos familiares (1995-1996).

Participação federal

A participação da saúde dentro do gasto social federal tem oscilado. O percentual mais alto (17,6%) foi registrado em 1995, e o mais baixo (13,5%) em 1998 (Tabela 10). Apesar disso, entre 1993 e 1998, segundo estudo do Ipea/Disoc, o gasto federal *per capita* com saúde cresceu mais do que, por exemplo, educação e saneamento e proteção ao meio ambiente (perdas de 2% e 8%, respectivamente, no período), mas bem menos do que o gasto social como um todo. Para um crescimento de 19% no valor *per capita* da saúde, o gasto social federal como um todo subiu o dobro (38%). Além disto, enquanto o gasto social *per capita* teve crescimento constante nesses seis anos, o comportamento do gasto federal com saúde foi de instabilidade, ainda que com valores sempre superiores aos de 1993 (Tabela 10).

Tabela 10 – Gasto federal com saúde total e *per capita* e como percentual do gasto social. Brasil – 1994-1998

Em R$ milhões de dezembro de 1998

Ano	Gasto social federal (1)	Saúde (2)	% (2/1)	*Per capita* (R$ 1,00)
1993	77.714,1	12.197,0	15,7	80,90
1994	83.506,1	13.682,6	16,6	89,50
1995	98.812,3	17.419,8	17,6	112,40
1996	100.814,8	14.920,8	14,8	95,00
1997	110.101,2	17.867,3	16,2	112,20
1998	114.699,2	15.527,6	13,5	96,20

Fonte: Ipea/Disoc (com base nos dados mensais dos sistemas Siafi/Sidor).

As perdas relativas (1994-1998) parecem mais claras quando se compara o gasto do Ministério da Saúde com a despesa total efetiva do governo federal e com a despesa não financeira (Tabela 11).[5]

A queda no primeiro caso (despesa efetiva) é constante. Embora menos nítida, dada a pequena recuperação em 1997, a tendência também tem sido de diminuição quando se compara o gasto do Ministério da Saúde com a despesa não financeira do governo. Isto quer dizer que o orçamento do Ministério teria sido da ordem de R$ 25 bilhões (e não R$ 19 bilhões) em 1998 se sua participação na despesa não financeira do governo federal tivesse sido a mesma observada em 1994 (13,7%). Melhor ainda teria sido, como é óbvio, se não houvesse dívida. Nessa hipótese, a participação da saúde (6,8%) na despesa efetiva observada em 1994, se repetida em 1998, propiciaria um orçamento de R$ 33,8 bilhões, portanto 75% superior ao gasto observado.

[5] Ver Nota da Tabela 9.

Tabela 11 – Gasto do Ministério da Saúde total e como percentual da despesa efetiva do governo federal e da despesa não financeira. Brasil – 1994-1998

Em R$ milhões correntes

Ano	Despesa efetiva(1)	Despesa não financeira(2)	Gasto do MS(3)	%(3/1)	%(3/2)
1994	140.486	69.487	9.544	6,8	13,7
1995	241.270	127.991	14.892	6,2	11,6
1996	288.204	151.762	14.376	5,0	9,5
1997	390.579	164.231	18.804	4,8	11,4
1998	497.916	182.801	19.324	3,9	10,6
1999	–	–	20.384	–	–
2000	–	–	20.322	–	–

Nota: 1) Despesa efetiva: despesa total do balanço geral da União menos as transferências intragovernamentais; 2) Despesa não financeira: despesa efetiva menos despesas financeiras (juros da dívida externa e interna, amortização da dívida interna e externa, e despesas do Banco Central).

Fontes: Gasto do MS: Conselho Nacional de Saúde; Despesas federais: Ipea/Disoc, s. d..

Quanto se Deveria Gastar com Saúde

Da dificuldade em precisar valores

A evidência do subfinanciamento do sistema público de saúde, expressa na baixa remuneração dos provedores, sobretudo os assalariados, e na desigualdade da distribuição espacial dos recursos assistenciais, traz à tona a pergunta sobre qual seria o orçamento público ideal ou, pelo menos, satisfatório.

Não há resposta objetiva para essa questão. É difícil e, de certo modo, inútil respondê-la. Em primeiro lugar, porque as aspirações humanas são ilimitadas, e os recursos, por definição, finitos. Segundo, porque existem outras necessidades a serem atendidas e com as quais o sistema de saúde compete. Muitas dessas necessidades estão em áreas com repercussão direta na saúde, como educação, saneamento e previdência, esta responsável pela renda de subsistência de milhões de

brasileiros. E, em terceiro lugar, porque, a despeito da existência de instrumental epidemiológico e econômico para subsidiar decisões racionais na alocação intra-setorial (entre programas) de recursos, a partilha 'entre setores' é, invariavelmente, decidida segundo critérios políticos.

Que pressiona os gastos com saúde?

O crescimento das despesas com saúde, sejam públicas ou privadas (famílias e empresas), tem na incorporação tecnológica uma de suas causas. Isto se deve não só ao dinamismo do conhecimento científico, mas também à natureza da tecnologia médica, que, de modo geral, não é substitutiva, mas cumulativa. Em outras palavras, o aparecimento de um novo procedimento diagnóstico ou terapêutico não dispensa, necessariamente, o uso de tecnologias mais antigas. De outro lado, há que considerar o emprego abusivo da tecnologia, levando à substituição da anamnese e do exame clínico do paciente por testes laboratoriais e diagnósticos por imagem.

Mesmo que a incorporação tecnológica passe a ser mais bem regulada, a pressão não cessará de todo. Políticas regulatórias, todavia, se bem dirigidas, servirão no mínimo para orientar a distribuição espacial da oferta de modo a evitar sua concentração nas áreas mais afluentes, como acontece hoje. As regiões Norte e Nordeste, embora abriguem cerca de 33% da população brasileira, contam com apenas 6% (Tabela 12) dos centros de referência em oncologia, cardiologia, ortopedia e nefrologia (transplante renal).

Tabela 12 – Número, total e nas regiões Norte/Nordeste, de centros de referência médica selecionados. Brasil – 1995

Especialidades	Brasil	Norte/Nordeste	%
Câncer	145	10	6,9
Cardiologia	157	8	5,1
Ortopedia	117	8	6,8
Transplante renal	111	6	5,4
Total	530	32	6,0

Fonte: MS (Saúde no Brasil – Assessoria Técnico-Gerencial), 1997.

O fator demográfico não é menos importante como elemento de pressão sobre as despesas. No Brasil, embora o ritmo de incremento populacional tenha diminuído,[6] ainda se está longe da estabilização já alcançada em outros países.

O aumento do número de idosos, entretanto, já é significativo. As pessoas com mais de 65 anos, 4% do total em 1980, são 6% neste final de milênio e serão quase 11% em 2020 (Tabela 13). Estimativas preliminares do IBGE apontam para 2000 um número de 14 milhões de pessoas com mais de 60 anos, o dobro do que apurou o censo de 1980 (O Globo, 2/11/2000). E este segmento consome de quatro a cinco vezes mais serviços de saúde que os demais.

Tabela 13 – População acima de 65 anos. Brasil – 1980-2020

Anos	População	%
1980	4.770.418	4,0
1991	7.085.847	4,8
2000	10.084.231	6,0
2010	14.561.570	7,8
2020	22.087.097	10,9

Fonte: Ipea (Diretoria de Política Social).

Também a transição epidemiológica tem impacto importante nas despesas setoriais, principalmente em seu componente público. Como em outros países emergentes, o Brasil, apresenta, em ascensão, problemas de saúde pública típicos das nações industrializadas, tais como doenças crônico-degenerativas e acidentes. Ao mesmo tempo, mantém com destaque em seu quadro nosológico doenças do subdesenvolvimento, como a malária, com incidência anual de 600 mil casos. Além disto, reintroduziu moléstias que já tinham sido erradicadas, como o cólera e a dengue, e incorporou novas, como a Aids.

Como é sabido, na saúde, a demanda é fortemente condicionada pela oferta. Assim, um aumento do número de leitos ou de profissionais tende a elevar os gastos com saúde tanto públicos como privados. Não

[6] A taxa de crescimento anual da população brasileira, da ordem de 3% nos anos 50/60, caiu para menos da metade (1,4%) nos anos 90 (O Globo, 2/11/2000).

é por outra razão que países industrializados, preocupados com o crescimento exponencial de suas despesas com saúde, implantaram políticas de redução da oferta de leitos e de controle sobre a formação de recursos humanos, particularmente os médicos. Nos Estados Unidos, por exemplo, o número de leitos hospitalares caiu de 6,2/1.000 habitantes (1980) para 4/1.000 em 1996 (Folha de S. Paulo, 7/10/2000).

Este fenômeno se repete no Brasil. Seja em decorrência de políticas deliberadas – redução da média de permanência, tratamentos ambulatoriais para problemas que antes exigiam internação, controle sobre internações desnecessárias –, seja como reflexo da recessão, o fato é que o Brasil perdeu cerca de 59 mil leitos entre 1992 e 1999. Com isto, a oferta, nesse período, caiu de 3,8 leitos/1.000 habitantes para 3/1.000 (Folha de S. Paulo, 7/10/2000). A perda aconteceu no segmento privado, responsável por cerca de 70% da oferta global de leitos. No setor público, ao contrário, houve um aumento de 6,2% (135 mil para 144 mil) segundo a mesma fonte, e há uma expansão prevista de 20 mil até 2002 (Negri, 2000).

Se, de um lado, a queda no número de leitos pode ter contribuído para diminuir a pressão sobre os gastos totais, o incremento ocorrido no setor público pode ter anulado – em parte, pelo menos – esse efeito, menos pelo crescimento, que foi pequeno, mas pelo fato de os hospitais públicos terem um custo operacional superior ao dos estabelecimentos privados. Dados de 1995 em quatro hospitais federais mostram que o custo de uma consulta médica chega a ser mais de dez vezes superior ao valor da tarifa paga pelo SUS, e 43% dos pacientes internados nesses mesmos hospitais excederam o tempo médio de permanência normatizado.

Problemas organizacionais e de gestão, como ocorre em qualquer atividade econômica, também afetam os serviços de saúde. Na rede estatal, isto se deve, em boa medida, à administração pouco profissional, mais permeável ao corporativismo e a situações de conflitos de interesses ('dupla militância'), e à carência, em todos os níveis de governo, de quadros permanentes qualificados e organizados em carreiras, como acontece nas instituições que compõem a elite burocrática nacional.

Um fator adicional de ineficiência é o modelo assistencial. Baseado na livre demanda, sem base territorial e clientela adscrita, e

remunerando por item de despesa (*fee for service*) parcela significativa de provedores, o modelo induz a diversas formas de desperdícios, entre as quais a repetição de exames e o uso excessivo (inadequado) de alta tecnologia[7], muitas vezes para tratar moléstias evitáveis.

Nos Estados Unidos, uma causa importante da espiral de gastos é o alto custo dos seguros feitos por médicos e instituições para se proteger dos processos de *malpractice* por parte de pacientes insatisfeitos. A moda ainda não chegou ao Brasil, mas pode ser apenas uma questão de tempo. Recorrer ao Poder Judiciário poderá se tornar uma conduta mais freqüente, já que as pessoas têm, cada vez mais, noção de seus direitos, e o Ministério Público e as agências de defesa do consumidor têm se revelado instituições cada vez mais importantes na defesa dos usuários de serviços de saúde.

Vinculação e Racionalidade Econômica

A maior batalha durante o difícil processo de construção do SUS tem sido, com toda certeza, a do financiamento. Para mais de 92% dos usuários do SUS, o financiamento é a principal causa da crise no sistema público (Ibope, 1998). O reconhecimento da necessidade de mais recursos para o sistema público de saúde conseguiu a rara e prodigiosa façanha de mobilizar no mesmo palanque (ou trincheira) atores dos mais diversos gradientes ideológicos. Para alcançar o objetivo comum, firmou-se consenso em torno da vinculação de recursos, a exemplo do que ocorreu com a educação a partir da Emenda Calmon.

A idéia não é nova. Surgiu com alguma possibilidade de êxito durante a Assembléia Nacional Constituinte (ANC). Entretanto, tal tipo de solução, como também acontece quanto se trata de reivindicações salariais, tem um enorme potencial de contaminar rapidamente outros setores. Atribuiu-se ao ministro José Serra, quando constituinte, a contabilização de pleitos setoriais que totalizavam mais de 100% dos recursos: 18% para educação, 5 a 7% para saúde,[8] 2% para C&T,

---

[7] Os procedimentos de alta densidade tecnológica, embora correspondam a apenas 1,2% do total, absorvem 19% dos recursos destinados à hospitalização.

[8] No âmbito da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, ainda na fase Pré-Constituinte, foram cogitados 10%, não do orçamento, mas do próprio PIB.

1% para Forças Armadas e assim por diante. Inviabilizados pela aritmética, os pleitos acabaram sendo desconsiderados, preservando-se porém o setor de educação, que teve sua participação na receita de impostos substancialmente ampliada.

Para a saúde, o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (Art. 55) vinculou 30%, "no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro desemprego", até que fosse aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias. Como se sabe, a determinação não chegou a ser cumprida, e as primeiras leis de diretrizes orçamentárias que incorporaram diretriz similar não tiveram qualquer efeito prático.

Não é difícil, sob a ótica da racionalidade econômica, elencar argumentos contrários a esse tipo de solução. O mais vocalizado é o engessamento orçamentário, que retira a necessária flexibilidade na gestão de recursos financeiros. Foi essa necessidade que levou o governo atual a despender parcela importante de seu capital político no sentido da alteração constitucional para desvincular recursos e, com o produto da desvinculação, criar o Fundo de Estabilização Fiscal.

A vinculação também é questionada do ponto de vista político, seja qual for o setor beneficiado, porque, em certa medida, anula uma das funções importantes do Congresso no processo orçamentário, que é definir anualmente a alocação intersetorial. O caráter de permanência inerente à Constituição contra-indica utilizá-la para fixar prioridades, que, por sua natureza conjuntural, são, em geral, transitórias. Por isto, a própria Constituição (C.F., Art. 165) criou dois novos instrumentos: a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e os planos plurianuais (PPA).

Ademais, a vinculação oferece riscos. Nesses duros tempos de ajuste fiscal e endividamento, o contingenciamento é um desses riscos, se não houver salvaguarda constitucional similar à que protege as transferências constitucionais para estados (FPE) e municípios (FPM). Além disto, premida pelo engessamento orçamentário decorrente da(s) vinculação(ões),[9] a autoridade econômica, seja ela federal, estadual ou municipal, tende a fazer com que o percentual comprometido pela vinculação como piso seja, na prática, o teto.

Não obstante, prevaleceu, democraticamente, a tese da vinculação que culminou com a aprovação, pelo Congresso Nacional,

[9] Além das vinculações constitucionais, existem as vinculações 'de fato', como as despesas com pessoal, sobretudo inativos e pensionistas, e com o pagamento da dívida.

da Emenda Constitucional nº 29. (D. O., nº 178-E de 14/9/2000). O apelo extremo à emenda constitucional decorre da crença, fortemente arraigada em nossa cultura política, de que só o que for inserido na Constituição tem maior possibilidade de ser cumprido. Isto explica, ao menos em parte, o porquê de uma Carta Magna com mais de trezentos artigos. Outra parte da explicação pode estar contida no caráter congressual da ANC, que tende a torná-la mais vulnerável a pressões corporativistas e de outros grupos de interesse. Presume-se que, a despeito do traço cultural mencionado, uma Constituinte exclusiva teria sido mais parcimoniosa quanto ao detalhismo de seu produto. Uma Constituição mais enxuta, com certeza, teria poupado o legislador ordinário da tarefa de alterá-la trinta vezes em apenas doze anos.

A Emenda nº 29 teve duas finalidades básicas: de um lado, garantir recursos estáveis para a saúde diante da irregularidade no comportamento do gasto nos últimos anos (Tabela 10); de outro, fazer com que as esferas subnacionais, principalmente os estados, aumentem sua participação no financiamento.

Para a União, na verdade, graças ao empenho do governo, não houve uma vinculação no sentido convencional como a vigente para educação, mas sim a obrigatoriedade de um incremento anual de recursos até que uma Lei Complementar normatize a questão (E. C. nº 29, Art. 6º). Dessa forma, para o ano 2000, a União deverá aplicar o valor empenhado em 1999 (R$ 20.334.265 mil) mais 5%. Entre 2001 e 2004, os recursos anuais corresponderão ao valor do ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB. Isto significa, além da correção da inflação, um acréscimo proporcional ao crescimento da economia como um todo.

Os entes subnacionais deverão aplicar, até 2004, 12% e 15%, estados e municípios (Quadro 1), respectivamente, de sua receita de impostos; essa meta poderá ser atingida gradualmente a partir de um patamar de 7% neste exercício fiscal.

Quadro 1 – Base vinculável dos recursos municipais para efeito da Emenda Constitucional 29

Item	Tributos
1	Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana
2	Imposto sobre a Transmissão Intervivos Bens e Direitos
3	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
4	Outros Impostos
5	Receita da Dívida Tributária – Impostos
6	Cota-Parte do Fundo de Participação dos Municípios – FPM
7	Transferência do Imposto de Renda Retido na Fonte (C.F., Art. 158)
8	Cota-Parte do Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural
9	Cota-Parte do IPI – Exportação
10	Cota-Parte do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
11	Cota-Parte do Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA)

Fonte: Brasil, 2000.

Na verdade, boa parte dos objetivos da Emenda já foi atingida antes de sua promulgação. Apenas nove dos 27 estados aplicavam em 1998 menos do que a Emenda exige para o primeiro ano de sua vigência (7%). Cinco já superaram o patamar mínimo de 12%,[10] que poderia ser alcançado somente em 2004 segundo a prudente estratégia gradualista adotada pelo legislador.

Entre os municípios, o quadro é ainda mais otimista. Se a amostra analisada (1.397) for representativa das 5.507 municipalidades, pode-se inferir que 35,4% dos municípios brasileiros já aplicavam em 1998 o percentual previsto para 2004. Apenas 13,5% dos municípios estavam naquele ano aquém do patamar mínimo de 7% de sua base vinculável.

Para sua plena efetividade, a Emenda depende de Lei Complementar, "que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos". Será este instrumento o de maior hierarquia jurídica depois da própria Constituição, que irá (re)definir os percentuais a serem vinculados aos "serviços públicos de saúde", os critérios de rateio dos recursos federais entre os entes federativos, objetivando reduzir as desigualdades regionais, as normas de avaliação e controle no uso dos recursos pelas três esferas de governo e os critérios de cálculo do montante a ser aplicado pela União. Pelo menos sob esse aspecto, a Emenda é um avanço importante.

[10] Calculados sobre a base vinculável: receita de impostos + transferências constitucionais – transferências aos municípios.

Para essa efetividade, é essencial estabelecer o conceito de "serviços públicos de saúde" aos quais os recursos foram vinculados. Neste aspecto, deverá ser adotada uma das seguintes alternativas:

- "serviços públicos de saúde" entendidos como aqueles de acesso universal, isto é, os providos pelo SUS;
- "serviços públicos de saúde" como sinônimo de "serviços estatais", o que incluiria, além do SUS, os sistema assistenciais "fechados", dos três níveis de governo.

Adotar a segunda representaria uma perigosa concessão à iniqüidade, já que significaria admitir como socialmente justo (e constitucional) o uso de recursos públicos para proporcionar tratamento médico diferenciado a um segmento social específico.[11]

Considerações Finais

Parece consensual entre formadores de opinião no setor a conveniência e a oportunidade de incrementos substanciais no financiamento do sistema público de saúde, desde que, ao mesmo tempo, seja ampliada a descentralização e incorporadas mudanças substanciais no modelo atual de provisão dos serviços. Sem atender a essas duas premissas não há como viabilizar um sistema de saúde universal, que se propõe prestar atenção integral, por mais recursos que sejam alocados como resultado da E. C. nº 29 e/ou como decorrência de um desejável *upgrade* da saúde no elenco das prioridades dos governos.

No caso específico da opção adotada para equacionar a questão do financiamento, ao fim e ao cabo, a almejada vinculação vai depender, depois de 2004, do que for fixado pela Lei Complementar e suas revisões qüinqüenais, o que se configura bastante sensato. Contudo, além do que foi pautado pela Emenda para ser objeto de Lei Complementar, é igualmente fundamental:

- instituir a responsabilização dos gestores inadimplentes no cumprimento da emenda;
- criar salvaguarda específica para prevenir o risco de contigenciamento;

[11] Estima-se que a União despenda, com esse privilégio, em valores per capita, cerca de três vezes mais do que com a população como um todo.

• definir o que deve ser considerado como despesa a ser atendida com recursos oriundos da vinculação, como, aliás, foi feito no caso da educação;

A inclusão de despesas com inativos e pensionistas do MS e dos órgãos subnacionais equivalentes, serviços assistenciais destinados a servidores civis e militares e seus dependentes e agregados nas três esferas de governo, saneamento e programas de alimentação parece ferir a intenção do legislador quando designou os "serviços públicos de saúde" como beneficiários da vinculação. Em contrapartida, seria injusto e ilógico não contabilizar como despesas desses serviços, por exemplo, os recursos repassados diretamente pelo Ministério da Fazenda ao governo do Distrito Federal para atender a folha de salário do pessoal 'ativo' da Secretaria de Saúde/Fundação Hospitalar do Distrito Federal e parte dos recursos destinados aos hospitais universitários;[12]

• institucionalizar os repasses globais e automáticos em substituição às chamadas "transferências negociadas", nas quais o uso dos recursos é definido em sua origem. Esta modalidade de repasse, além de altamente suscetível ao clientelismo, dificulta a execução orçamentária. Neste último caso, porque depende de convênios, fator, por si só, responsável por atrasos que se tornam ainda maiores nos anos eleitorais, já que a legislação restringe a assinatura de convênios entre julho e outubro (Negri, 2000). Em contrapartida, as transferências globais, desde que automáticas, têm os seguintes aspectos positivos:

- *regularidade* inerente ao automatismo, como acontece com as transferências constitucionais;
- *transparência*, quanto mais simples forem os critérios adotados para defini-las;
- *flexibilidade*, na medida em que um sistema de saúde descentralizado em um país de regime federativo pressupõe liberdade alocativa pelo gestor local ou estadual;
- *segurança* para o gestor subnacional, já que critérios de partilha definidos em Lei Complementar não estão sujeitos a instabilidades decorrentes, por exemplo, de alterações na estrutura de poder do Ministério da Saúde;

[12] Não seria difícil criar um critério estimativo para separar, nesses hospitais, custos assistenciais (SUS) dos custos educacionais.

- *justiça social* se as transferências forem definidas mediante critérios objetivos ancorados na eqüidade.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Investimentos em Saúde (SIS) e Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). Brasília, jun., 2000.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Pesquisa de orçamentos familiares (POF), 1995-1996.

IBOPE. Pesquisa de opinião sobre a saúde pública, fev., 1998

IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). O gasto público social no Brasil dos anos 90: subsídios para apresentação do Ministro Martus Tavares (Diretoria de Políticas e Estudos Sociais). Nota Técnica n. 2000), s.d.

FOLHA DE S. PAULO. Brasil perde 59 mil leitos hospitalares. São Paulo, 7 out. 2000. Folha Cotidiano, p. 1.

NEGRI, B. Governo que abrir 20 mil vagas. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 7 out. 2000. Cotidiano, p. 1.

O GLOBO. Fecundidade cai no país e o número de idosos dobra. Rio de Janeiro, 2 nov. 2000. Economia, p. 1.

Parte VII

Fragmentação Social e Formas de Solidariedade

20 Solidariedade, Mercado e Doação de Órgãos

Vera Schattan Ruas Pereira Coelho

O tema 'Fragmentação social e solidariedade' nos leva a refletir sobre os perigos da mercantilização do corpo humano em uma sociedade como a brasileira, marcada por diferenças extremas de renda, e sobre como se poderia, nesse contexto, favorecer a doação altruísta e a solidariedade.

Considero que os esforços que vêm sendo feitos no Brasil para a construção de instituições capazes de garantir àqueles que doam órgãos que suas dádivas serão distribuídas segundo regras justas e por meio de mecanismos transparentes serão decisivos para incentivar a doação altruísta.

Pesquisa recente sobre o tráfego internacional de órgãos para transplante, coordenada pela professora Nancy Scheper-Hughes, mostrou o medo que vários entrevistados brasileiros sentem de que o nosso sistema de transplante esteja contaminado pelas distorções que permeiam as relações sociais no Brasil. Ou seja, que esse sistema seja não só conivente com o comércio de órgãos, como permita a 'facilitação', isto é, a ocorrência sistemática de uma distribuição enviesada dos órgãos e fluidos disponíveis em favor, por exemplo, dos homens, jovens brancos e com maior instrução. Enfim, algo muito diferente de um sistema justo, transparente e baseado no altruísmo e na reciprocidade social. Estas entrevistas mostram, portanto, que pelo menos parte dos brasileiros acredita que a fragmentação social existente no Brasil – seja entre pobres e ricos, seja entre grupos raciais ou etários – está sendo replicada no sistema de transplante. Isto porque a venda de órgãos se dá no sentido do mais pobre para o

mais rico, enquanto a 'facilitação' se dá em favor dos grupos com mais prestígio social.

Ora, vários estudos mostraram que onde a população acredita que há comércio de órgãos e regras frouxas para a sua distribuição as taxas de doação altruísta são mais baixas do que onde há confiança no sistema de resgate e distribuição. Dois casos ilustram bem esse fato. Um deles foi o escândalo de Taubaté, onde a imprensa denunciou a ocorrência de eutanásia com desvio de órgãos para transplante. Embora depois desmentido, o fato é que imediatamente após o escândalo as taxas de doação em todo o país caíram de forma drástica. Algumas regiões, no entanto, foram bem menos afetadas pelo escândalo que outras. Que regiões eram essas? Exatamente aquelas onde o resgate e a distribuição de órgãos estavam organizados de forma mais transparente e, portanto, onde a população se sentia menos exposta ao risco de que os órgãos doados fossem distribuídos injustamente (Neumann & Kalil, 1989).

Outro exemplo bastante conhecido diz respeito à baixa taxa de transplante registrada entre negros americanos. Desde os anos 80, vários estudos mostraram que as taxas de transplante eram menores entre os negros do que entre os brancos, o que foi naquele momento erroneamente interpretado como decorrendo do racismo dos médicos brancos. Entretanto, após a realização de estudos e alterações no sistema de distribuição de órgãos, verificou-se que as baixas taxas de transplante entre os negros decorriam do fato de estes apresentarem, concomitantemente, um tipo raro de HLA (um fator importante na determinação do sucesso do transplante) e baixas taxas de doação, o que diminuía sensivelmente as chances de encontrar órgãos que pudessem ser transplantados com sucesso em pacientes negros. Com isso, o número de pacientes negros transplantados era forçosamente pequeno. Quando se procurou entender por que as taxas de doação entre negros eram menores que entre os brancos, descobriu-se que eles estavam convencidos de que seus órgãos seriam 'desviados' para os brancos, o que os desestimulava à doação (Dennis, 1991).

Ou seja, se as pessoas não estiverem convencidas de que os sistemas de resgate e distribuição garantem uma distribuição justa dos órgãos captados para transplante, não se sentem inclinadas à solidariedade e, portanto, à doação altruísta, preferindo, em alguns casos, optar pela venda de partes do seu corpo. Afinal, trata-se, para muitos, de

uma situação semelhante a tantas outras em que o indivíduo aceita, por exemplo, fazer trabalhos perigosos em troca de um bom pagamento. Para os que concordam com esta argumentação, não há por que não aceitar a doação entre pessoas que não têm estreitas relações de parentesco, ainda mais quando se reconhece que a doação familiar também não está protegida de coerções externas. Ou seja, no caso da doação familiar, não haveria por que considerar o risco – moral e físico – como sendo mínimo e, portanto, aceitável, enquanto no caso de doadores sem relações de parentesco que desejam vender seus órgãos considerar esse mesmo risco como inaceitável (Sells, 1993).

Este cálculo também pode aparecer no caso da doação de órgãos de cadáver, uma vez que sejam criados certos incentivos, como, por exemplo, o pagamento dos custos do funeral ou um mercado futuro de órgãos cadavéricos que venha a operar por meio de contratos oferecidos ao público em geral. Neste último caso, o contrato garantiria que, à época da morte do vendedor, se os órgãos fossem transplantados com sucesso, uma boa quantia, talvez US$ 5.000, fosse paga a quem ele tivesse designado e que poderia ser, por exemplo, um parente ou uma instituição de caridade (Cohen, 1993). Nos dois casos, a idéia é incentivar a transferência do órgão de um cadáver para alguém que pudesse viver com ele.

Vemos, assim, que, apesar de se poder alcançar maior disponibilidade de órgãos por meio tanto do aumento da doação altruísta como da doação remunerada, se quisermos incentivar a solidariedade e a doação altruísta, teremos de investir na construção de um sistema transparente de resgate e distribuição de órgãos. Já no caso da doação remunerada, o corpo, ao ser tomado como mercadoria, deve responder ao preço, de modo que quanto maior o preço, maior deverá ser a oferta de órgãos.

Mas, para além do altruísmo e do interesse, outros fatores também influenciam a disposição para a doação: o medo de médicos ávidos, que declarem a morte prematuramente; a ansiedade diante da idéia do desfiguramento; a crença de que se pode sofrer com a operação de retirada de órgãos; o incômodo frente à idéia da própria morte; e o mal-estar diante do que pode ser reconhecido como um certo canibalismo científico, em que até 58 partes do corpo, incluindo pele, ossos e órgãos, podem ser resgatadas, armazenadas e transplantadas.

Em que medida este conjunto de fatores explica a desconfiança, relatada por vários entrevistados na pesquisa de Scheper-Hughes, quanto à transparência do nosso sistema de resgate e distribuição de órgãos para transplante? E que iniciativas as autoridades sanitárias têm tomado para aperfeiçoá-lo e prover condições que permitam minorar esses temores?

Para responder a esta pergunta e podermos refletir sobre o problema, temos de fazer alguns esclarecimentos iniciais. Do total de transplantes realizados no Brasil, 60% são de rim, e neste caso temos um órgão duplo, o que significa que a retirada de um dos rins permite que o doador continue vivendo perfeitamente. Por isso, o transplante de rins pode ser feito tanto com órgãos de doador vivo, como com órgãos retirados de cadáver. Os demais transplantes são feitos com órgãos retirados de cadáveres. Quando se fala em comércio de órgãos, normalmente se fala na venda de rins de doadores vivos. Entretanto, não há qualquer garantia de que não existam 'máfias' transacionando órgãos retirados de cadáver. Por outro lado, quando se fala em 'facilitação' de acesso ao transplante, estamos nos referindo a uma distribuição enviesada dos órgãos retirados de doador cadáver. Ou seja, se quisermos garantir que o sistema de transplante esteja sob controle, precisamos acompanhar tanto o transplante com doador vivo, quanto aqueles realizados com órgãos retirados de doador cadáver.

Ter controle adequado sobre o transplante com 'doador cadáver' significa que precisamos identificar os pacientes que tiveram morte cerebral diagnosticada, ter um registro dos órgãos retirados e das equipes a que foram destinadas esses órgãos, ter um registro dos pacientes que receberam esses órgãos, bem como acompanhar a evolução dos transplantes realizados.

Para entendermos no que consiste o que estou chamando de institucionalização do sistema de transplante, devemos ter uma idéia de como se dá o processo de resgate e distribuição de órgãos, isto é, quais são as etapas de um transplante feito com órgãos de um doador cadáver.

O transplante tem início quando se identifica um paciente em morte cerebral, ou seja, alguém que ainda apresenta uma série de sinais vitais, mas cujo tronco encefálico já está morto. O diagnóstico da morte cerebral deve ser feito por um neurocirurgião que não esteja

ligado às equipes de transplante. A morte cerebral é o começo da morte, que neste momento já é irreversível, sendo crucial captar o doador nesse período e manter seu corpo em um respirador de UTI, para que esse estágio se prolongue até que os procedimentos cirúrgicos tenham início. A não preservação do corpo nestas condições apressa a deterioração dos órgãos, tornando-os inadequados para transplante.

Atestar a morte cerebral não é algo banal; durante algum tempo, houve resistência entre os próprios médicos ao conceito, e o diagnóstico, em si, requer treinamento e aparelhagem adequada. Vale notar que muitos possíveis doadores são perdidos por não se dispor de condições adequadas para fazer o diagnóstico da morte cerebral e outros tantos por falta de leitos de UTI. No estado de São Paulo, os hospitais mais sofisticados têm essas equipes e aparelhos. Para cobrir os outros hospitais, a Secretaria do Estado da Saúde conta com equipes itinerantes aparelhadas e aptas a fazer o diagnóstico. Uma vez diagnosticada a morte cerebral, há uma lei que determina sua notificação compulsória à Secretaria de Saúde. Em princípio, deve, então, existir a cada momento uma lista completa de todos os pacientes que tiveram morte cerebral diagnosticada.

O próximo passo de um transplante é o resgate dos órgãos do paciente em morte cerebral. De cada doador se pode obter um ou mais órgãos, como, por exemplo, os rins ou as córneas, ou vários órgãos, como rins, córneas, fígado, pulmão, coração pâncreas. Começa, então, a segunda série de problemas: quem resgata? Isso porque o resgate pode ser feito tanto pela equipe que irá transplantar, como pela equipe do hospital onde o doador se encontra, como, ainda, por uma equipe profissionalizada. No estado de São Paulo, a Secretaria de Estado da Saúde organizou um rodízio em que os vários hospitais transplantadores se alternam na captação de órgãos.

O problema seguinte é definir como serão distribuídos os órgãos captados. A equipe que captou fica com todos os órgãos, com parte deles ou todos os órgãos captados vão para um *pool* para serem distribuídos entre os doentes que estão inscritos em uma lista única? Por exemplo, uma equipe ligada ao Hospital São Paulo captou dois rins. Ela poderia, em princípio, ficar com os dois rins para transplantar em pacientes da sua lista, ficar com um dos rins para transplantar em pacientes da sua lista e entregar o outro, ou, ainda, ambos, à Secretaria

da Saúde para que esta defina quem receberá os órgãos. No caso de São Paulo, todos os órgãos vão para um *pool* gerenciado pela Secretaria.

Entramos, assim, no terceiro momento do transplante, que é a distribuição dos órgãos. Existem várias formas de organizar a distribuição de órgãos, e a escolha de uma ou outra delas envolve questões médicas, organizacionais e éticas. Vou tentar simplificar ao máximo este assunto, que é bastante complexo.

Os órgãos captados podem ser distribuídos de forma local ou centralizada. Distribuir localmente é, no limite, distribuir entre os pacientes inscritos em um hospital. Distribuir centralizadamente é distribuir regional, nacional ou mesmo internacionalmente, o que significa adotar procedimentos padronizados de distribuição de órgãos.

A distribuição descentralizada ou local garante maior liberdade e agilidade às equipes médicas, o que, em um sistema marcado pela escassez de recursos, pode ser uma vantagem, pois as equipes podem ir atrás de soluções, não ficando paralisadas pelos problemas que atingem o sistema de saúde. Uma das maiores desvantagens desse tipo de distribuição é que ela favorece a 'facilitação', ou a distribuição enviesada dos órgãos, e reduz substancialmente a probabilidade de realizar transplantes entre pares 'perfeitamente' compatíveis.

A centralização permite maior visibilidade aos procedimentos de distribuição de órgãos, o que pode favorecer a justiça e a reciprocidade social ao promover maior controle sobre os mecanismos de 'facilitação'. Em termos médicos, a centralização permite a organização de sistemas de distribuição de órgãos baseados na tipagem HLA. Esses sistemas aumentam a probabilidade de realizar transplantes entre pares imunologicamente compatíveis, o que eleva as chances de que o transplante seja bem-sucedido.

Ou seja, há prós e contras com respeito tanto à distribuição descentralizada, quanto à centralizada. No estado de São Paulo, até 1996, cada hospital tinha a sua lista e seus critérios de distribuição de órgãos, ou seja, a distribuição era descentralizada. A partir de 1997, passou a vigorar uma lista única, o que significa que todos os pacientes estão inscritos em uma só fila e há um único conjunto de critérios para definir quem vai receber determinado órgão. O sistema de tipagem HLA, no entanto, não foi implantado até o momento, razão pela qual prevaleceu o uso do tempo em lista como principal critério de

distribuição de órgãos, o que favorece a justiça mas não a eficiência nos resultados do transplante.

Assim, a Secretaria da Saúde do Estado é informada de todos os pacientes em morte cerebral, ela define a equipe que irá fazer o resgate, os órgãos resgatados integram um *pool* de órgãos e as pessoas que vão receber esses órgãos são selecionadas a partir de critérios objetivos e previamente definidos de uma lista única gerida por essa Secretaria. Esse quadro sugere que, ao menos no estado de São Paulo, onde se concentra quase metade dos transplantes realizados no Brasil, temos um sistema de transplante com um grau de institucionalização já bastante avançado.

Essa experiência não se restringe ao estado de São Paulo. Ao longo dos últimos dez anos, além de ter sido promulgada uma legislação voltada para a definição de um sistema centralizado e transparente de transplante, os estados do Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Minas Gerias, Distrito Federal, Pernambuco e Ceará organizaram centrais de notificação, e Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Rio de Janeiro também implantaram, com sucesso, listas únicas de receptores.

Neste momento, a pergunta inevitável é: mas, afinal, se esse sistema de notificação, resgate e distribuição de órgãos funciona efetivamente por que o brasileiro sente tamanha desconfiança em relação a ele?

Em boa medida porque se trata de um sistema em construção, no qual o processo de institucionalização tem sido gradual, difícil e tem enfrentado várias resistências. Cabe indagar se essas resistências têm sido motivadas por obstáculos criados por grupos ligados ao comércio de órgãos, que trabalham contra esta institucionalização, ou pela dificuldade que os médicos, que tinham maior liberdade de definir seus critérios de distribuição de órgãos, têm em aceitar um sistema centralizado ou, ainda, pela fragilidade administrativa do Ministério da Saúde e das Secretarias, que acaba por dificultar o estabelecimento das condições necessárias ao funcionamento de um sistema de transplante eficiente e confiável.

Acredito que todos esses fatores têm tido o seu peso no retardamento do processo de institucionalização do transplante. Entretanto, gostaria de ressaltar que o projeto de lei que propõe a doação presumida

– que faz de todo cidadão um doador de órgãos a menos que este declare em vida seu desejo de não doar – e sua posterior aprovação e regulamentação contribuíram para acelerar esse processo. Trago de volta este assunto porque estou convencida de que a suspensão da doação presumida ainda em 1998, ou seja, no mesmo ano em que foi regulamentada, não foi uma resposta adequada aos problemas vividos por nosso sistema de transplante. Afinal, a adoção da doação presumida no Brasil foi uma resposta às demandas das associações de doentes, que tinham por objetivo contornar as dificuldades existentes para abordar uma família em luto recente. Estas associações, ao lado da Sociedade Brasileira de Nefrologia, defenderam, desde o final da década de 70, a doação presumida como estratégia para aumentar a quantidade de órgãos disponíveis para transplante.

Ocorreu que a lei da doação presumida, uma vez promulgada, gerou um enorme mal-estar e uma infinidade de resistências. Nesta situação, afloraram medos suscitados pela retirada de órgãos, como, por exemplo, o temor de um atestado de óbito prematuro, ou do retalhamento e da desfiguração, assim como o temor de que os órgãos venham a ser distribuídos injustamente. Ora, quando as pessoas procuraram expressar esses medos declarando-se não doadoras, defrontaram-se com enormes filas, o que só reforçou seu sentimento de estarem se opondo a um sistema fadado ao descontrole. Esta lamentável situação não me parece, no entanto, justificar que se descarte em definitivo a doação presumida. Afinal, já existe hoje uma vasta experiência internacional acumulada no que tange ao desenvolvimento de sistemas justos e transparentes de resgate e distribuição de órgãos. E, o que é importante, a adoção da doação presumida acelerou nosso movimento em direção a esses sistemas. Assim, antes de abandonarmos a idéia da doação presumida por medo de que nosso sistema de distribuição de órgãos seja injusto, deveríamos trabalhar para garantir que em nosso sistema de transplante não serão emitidos atestados de óbito prematuros e que os órgãos serão distribuídos de forma justa.

Com esta perspectiva, torna-se difícil julgar se precisamos primeiro institucionalizar nosso sistema para depois avaliar a adequação de adotar novamente a doação presumida, ou se a adoção desse tipo de doação acelerará a sua institucionalização. Pessoalmente, acredito que a doação presumida tem suas vantagens e que elas são potencializadas

na medida em que, com sua adoção, se consegue mobilizar a sociedade civil e as autoridades sanitárias para consolidar um sistema de transplante que opere com justiça e respeito à pessoa humana, fomentando a reciprocidade social. Nesse sentido, gostaria de registrar a convicção de que, mesmo em uma sociedade tão dividida quanto a nossa, é possível contribuir para a construção de espaços onde ocorra uma efetiva desmercantilização do corpo humano e se incentivem o altruísmo e a solidariedade humana para garantir a vida.

Referências Bibliográficas

COHEN, L. R. A future market in cadaveric organs: would it work?. *Transplantation Proceedings*, 25(1), fev. 1993.

DENNIS, J. M. American blacks, kidney transplantation & the politics of local inequality. International Conference of Local Justice. Chicago: Department of Political Science, 1991.

NEUMANN, J. & KALIL, J. Desenvolvimento dos transplantes renais no Brasil. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*; 11(3): 71-75, 1989.

SELLS, R. A. Consent for organ donation: what are the ethical principles? *Transplantation Proceedings*, 25(1), fev. 1993.

21 Ações de Solidariedade na Saúde: semântica, política e ideologia diante da pobreza e da doença

Eduardo Navarro Stotz

Este trabalho integra uma investigação mais ampla, orientada pela preocupação com a situação de pobreza de grande parte da população brasileira na atual conjuntura. Nessa pesquisa, procuro estudar o âmbito dos problemas relativos à legitimação do Estado, no qual se consideram as doenças endêmico-epidêmicas como fenômenos potencialmente desorganizadores da vida social.[1]

Vale ressaltar que doenças de caráter crônico, como transtornos mentais associados ou não a drogadicção, tuberculose, hanseníase e Aids, assumem uma relevância social em contextos de crise econômica e agravamento da violência social. Os problemas, até então latentes, em situação endêmica e 'intransparentes' para a opinião pública, podem adquirir, subitamente, visibilidade e 'aparecer' como uma ameaça à ordem.[2]

A Revalorização da Filantropia

Vivemos numa época em que, ao lado da descentralização da política pública para os níveis subnacionais do Estado e a chamada sociedade civil, em nome da eficiência da alocação do gasto público e

---

[1] A investigação insere-se no programa de pesquisa 'Situação de pobreza e saúde: a busca de recursos pela população na periferia do município do Rio de Janeiro', que desenvolvemos na Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Victor Vincent Valla e eu, cada qual a partir de uma problemática específica.

[2] As epidemias são eventos sociais no sentido de que ultrapassam os limites de um grupo ou classe social. Veja-se a esse respeito a seguinte informação, publicada no caderno Cotidiano da Folha de S. Paulo, de 2 dez. 1999: "[Adolescentes durante passeata na Avenida Paulista organizada pelo Fórum das ONGs que apóiam portadores do vírus HIV em SP – legenda da foto]. A principal reivindicação dos ativistas é a inclusão de grupos marginalizados no tratamento da Aids e maior atenção do governo municipal". A matéria principal refere-se à queda na incidência de casos de Aids entre jovens no Brasil.

do controle da política pública pela sociedade, tem aumentado a responsabilidade dos indivíduos e de suas famílias pelo cuidado com os problemas de saúde. A descentralização acontece também num momento em que, por conta de mudanças econômicas e políticas, reforça-se o papel do mercado, fragmenta-se o campo dos movimentos sociais e se enfraquecem as formas de ação coletiva.

As organizações não governamentais e outras instituições da sociedade civil têm estado em evidência na mídia diante do crescente e assustador quadro dos 'problemas sociais' nas grandes e médias cidades. A novidade nos últimos anos no Brasil é a ênfase na assistência/prevenção, inclusive da saúde, promovida por instituições tradicionais da chamada sociedade civil, como igrejas, empresas e fundações, acompanhada por uma ressignificação do termo caridade ou filantropia.

A expectativa quanto a esta novidade se manifesta na matéria 'Problemas sociais vêm diminuindo', publicada pela *Folha de S. Paulo* em 28 de março de 1999, que trata de uma pesquisa realizada por Kanitz & Associados com diretores das quatrocentas maiores entidades beneficentes do Brasil, como Fundação Bradesco, Associação Congregação de Santa Catarina, Legião da Boa Vontade, Centro de Integração Empresa-Escola. Com base nesta lista, a empresa de consultoria no Terceiro Setor perguntou se os problemas sociais estão aumentando, em que locais e áreas. Embora seja uma pesquisa cientificamente discutível – porque não apresenta dados de cobertura de programas sociais ou de novos empreendimentos gerados, entre outros indicadores para avaliação dos problemas sociais –, tem um sentido político porque conforma a chamada opinião pública e, portanto, a representação sobre a realidade social dos segmentos dominantes da sociedade.

Algumas conclusões a partir das declarações dos diretores das entidades beneficentes apontam um quadro de diminuição dos problemas sociais, mas muito mais no interior do que nas capitais, com piores resultados na Região Sudeste e nas duas maiores cidades, Rio de Janeiro e São Paulo. Os problemas diminuíram também em quase todas as áreas sociais (assistência à criança, adultos, jovens, deficientes e educação). O mesmo não aconteceu com a área da saúde, na qual a assistência melhorou em apenas 22,2% contra uma piora de 77,8% em relação ao ano anterior. O mistério decifra-se na declaração

de Stephen Kanitz de que a sociedade está mais engajada, mas os donativos não acompanharam este engajamento: "Percebe-se que os problemas vêm diminuindo nas áreas em que é possível mais atuação da sociedade".

Ou seja, os recursos foram direcionados para as demais áreas. O que o consultor não diz é que o custo da assistência é mais elevado e complexo na área da saúde.

Assistência social e caridade são sinônimos no Brasil. A revista *Veja*, na edição de 11 de outubro de 1999, destacou o assunto como matéria de capa. Sob o título 'As novas faces do bem', ela informa que a benemerência dos ricos e instituições privadas movimenta, em doações pessoais e investimentos de fundações ligadas a grandes empresas e igrejas, o fantástico valor de 12 bilhões de reais, equivalente ao orçamento do Ministério da Saúde.

Qual o interesse desses beneméritos? Consciência culpada pela miséria e concentração de renda em nosso país? Busca de prestígio social? Certamente, a representação das 'boas ações' inclui estes elementos, mas, na semântica do politicamente correto, o termo em voga é o da 'responsabilidade social'. Fica evidente também como este termo se aproxima da noção ampliada de cidadania.

A reportagem de *Veja* se aproxima do significado da filantropia quando afirma que: "A iniciativa dos famosos é apenas a porção mais visível de um fenômeno que em outros países contribuiu para a construção de sociedades mais harmônicas e pacíficas". Ou seja, a caridade, filantropia ou 'responsabilidade social' tem por objetivo construir uma alternativa liberal para a 'questão social' no contexto de transformação da ordem social. Falando num português claro: a filantropia serve para obliterar a 'má consciência' das nossas elites, reacionárias como sempre, e afirmar o ideário (neo)liberal frente à miséria social. Neste sentido, é interessante que a mesma revista, em seu editorial (*Carta ao Leitor*), apresente a filantropia como uma forma positiva de alocação do gasto público. As ações filantrópicas aparecem como expressão de que o interesse privado aplica os recursos públicos (sob a forma de doações passíveis de abatimento do imposto de renda, ou seja, de renúncia fiscal do Estado) de modo mais eficiente que a burocracia estatal.

Mas o verdadeiro temor das nossas elites é a famigerada 'luta de classes'. A construção de sociedades efetivamente mais harmônicas

e pacíficas supõe, entretanto, entre outras coisas, a recomposição do poder de compra do salário mínimo e a imposição de um imposto sobre a renda e as fortunas fortemente progressivo. O que, convenhamos (a se tomar inclusive o exemplo dos países do hemisfério Norte), depende de intensa e contínua mobilização dos trabalhadores.

A resistência à distribuição da renda e, portanto, à construção de uma sociedade efetivamente 'mais harmoniosa e pacífica' fica evidente na atitude do empresariado e das classes médias frente ao grave problema da violência urbana. Em nenhum momento houve um debate sobre a questão da propriedade, da renda e da miséria social. Ao contrário, são constantes os reclamos por mais repressão, inclusive a favor da intervenção das Forças Armadas. A defesa da propriedade privada implicaria, nesta perspectiva, um brutal reforço do aparato repressivo do Estado. Isso porque os governos estaduais vivem, pelo menos na Região Sudeste, o dilema de colocar mais policiais na rua, vigiar bancos e propriedades particulares ou fazer rondas nas favelas. Diante do 'impasse' de não dispor dos recursos necessários, os proprietários assumem suas próprias iniciativas de 'autodefesa'. Uma matéria publicada no jornal *O Dia* informava que há cerca de 150 mil 'vigilantes' no setor de segurança particular, protegendo principalmente os comerciantes. Eles recebem em média R$ 500,00, pagos com uma espécie de 'caixinha' composta por contribuições individuais de R$ 30,00. É um bocado de dinheiro. Entretanto, a Polícia Militar tem um efetivo de apenas 65 mil homens e recebe em média salários mais baixos. Isso talvez ajude a entender a presença de muitos oficiais da PM nessas empresas de vigilância particular.

Igrejas e Entidades Populares como Redes de Solidariedade

Retomemos aqui o fio de nossa reflexão. Ao lado daquela 'face visível do bem', porque mais famosa, há o trabalho anônimo, ao qual a revista *Veja* faz também breves referências.

A pesquisa 'Redes sociais de solidariedade na Leopoldina', iniciada pelo Centro de Estudos e Pesquisas da Leopoldina (Cepel) em 1996, sob a coordenação de Marise Cunha, oferece interessantes

elementos para a abordagem do que também aparece sob uma nova semântica, a da solidariedade.

Foram visitadas mais de oitenta entidades responsáveis por diferentes iniciativas sociais. Creches e pré-escolas, igrejas e outras iniciativas foram os campos cobertos por essa pesquisa. Deixando de lado o primeiro campo das iniciativas sociais, verificamos que os grupos e instituições religiosas são responsáveis por grande parte das iniciativas. Nas trinta visitas realizadas a instituições católicas, evangélicas e espíritas, constatou-se uma ampliação e diferenciação das iniciativas. Assim, ao lado das tradicionais atividades de apoio material em alimentos ou roupas a pessoas necessitadas, das visitas a doentes, da assistência a asilos e orfanatos e que poderiam ser classificadas sob a rubrica 'caridade', há uma preocupação com o empobrecimento, o desemprego, a fome, o alcoolismo, a dependência de drogas.

Na área da saúde, as iniciativas envolvem cursos, palestras de educação em saúde, formação de agentes comunitários, mas preponderam as que procuram dar respostas a necessidades muitas vezes não atendidas pelos serviços públicos, como a distribuição de medicamentos.

O compromisso com as classes menos privilegiadas é a tônica do discurso dos responsáveis pelas igrejas católica e batista, assumindo uma perspectiva mais crítica. Já o ponto de vista de um pastor de igreja evangélica ressalta o papel da igreja em fortalecer a coesão social:

> *A Igreja também ajuda a sociedade no sentido de autoridade, resolvendo os problemas sociais, coisa que o Estado, a polícia e governo sozinhos não conseguem resolver, já que a Igreja dá sua contribuição ao ressocializar os indivíduos que, para a maioria das pessoas, são marginais, tirando essas pessoas do vício e da miséria.*

Nas 18 outras iniciativas que reúnem as atividades desenvolvidas por entidades de caráter não religioso, observa-se o predomínio das áreas da saúde, educação, cultura e lazer. O assistencialismo é claramente inexpressivo. A ênfase maior na educação reflete, segundo o relatório de pesquisa, tanto a preocupação com a dramática situação das crianças e jovens excluídos das escolas e com a falta de perspectivas em face da atratividade do narcotráfico, como o fato de absorver, neste tipo de iniciativa, o trabalho de moradores das mesmas comunidades que a das crianças.

Na área da saúde, predominam as iniciativas educacionais (palestras e cursos), muitas vezes informais e voluntárias, enquanto o treinamento de agentes multiplicadores (agentes comunitários) se integra a programas que contam com recursos de instituições governamentais e organizações não governamentais de maior porte.

Parece, pois, que o termo solidariedade se aplicaria mais no caso das 'outras iniciativas sociais', organizadas por trabalhadores sociais, em grande número voluntários e sem remuneração. Aqui seria possível distinguir um maior potencial emancipatório e de cidadanização.

Certamente, não se deve esquecer que muitos moradores de favelas estão participando de programas sociais, governamentais ou não; programas que, em princípio, poderiam abrir caminho para a delegação de funções públicas, mas acabam servindo à substituição da provisão estatal de serviços por cooperativas e outras formas de intermediação, nas quais participam moradores, individualmente ou por meio de associações.

Solidariedade, um Termo Polissêmico e Vinculado a Diferentes Tradições

A semântica política do termo solidariedade merece, neste ponto, alguns comentários. Não se trata de um preciosismo lembrar que a polissemia é estrutural às palavras (língua) porque estas estão vinculadas ao intercâmbio social que se realiza por intermédio da linguagem.

Solidariedade, lembro aqui lançando mão de um artigo de Lígia Giovanella (1999) sobre o seguro social na Alemanha, é uma palavra com múltiplos e diferentes sentidos: preceito moral, palavra de ordem, vínculo de classe, promessa de segurança burguesa, justificativa para redistribuição no interior de um sistema de proteção social. Oriunda do latim *solidum*, sólido, o que lhe confere o sentido de 'estar sobre bases sólidas', significa: estar com os outros na mesma situação, ter interesses comuns, identificar-se com o destino do outro. Assim, solidariedade é a relação de responsabilidade entre pessoas unidas por interesses comuns, de maneira que cada elemento do grupo sinta a obrigação moral de apoiar os outros.

Duas tradições convergem para conferir à solidariedade o sentido ocidental e moderno do termo. De um lado, na tradição judaico-

cristã, a solidariedade é o princípio que vincula o indivíduo a uma comunidade fundamental de homens e mulheres portadores de dignidade pessoal em virtude de serem criados à imagem e semelhança de Deus. Mais recente, a tradição socialista estabelece a solidariedade como uma decorrência da participação numa mesma classe – o proletariado ou aqueles que vivem de salário.

Entretanto, o desenvolvimento das lutas sociais na Europa desde fins do século passado levou à substituição da solidariedade espontânea de classe pela institucionalização do seguro social com base no trabalho assalariado (Giovanella, 1999).

Na prática, a igreja católica sempre tendeu a confundir solidariedade com subsidiariedade, ou seja, o princípio de que apenas cabe ajuda àqueles indivíduos com limitação em sua capacidade de prover o próprio sustento, dada a prioridade absoluta conferida ao assistencialismo.

Na evolução mais recente, após a Segunda Guerra Mundial, o princípio da solidariedade como redistribuição com base nas necessidades humanas e não mais vinculada a determinadas condições, como idade, sexo, estado de saúde, renda ou classe, foi alcançado com a universalização do sistema de proteção social na constituição dos Estados de Bem-Estar Social, na Inglaterra e países nórdicos.

Mesmo nesses países, ainda se mantêm áreas de proteção social nas quais tem vigência o princípio da subsidiariedade. A concomitância a e convivência, nem sempre isenta de contradições, dos diferentes princípios nos sistemas de proteção social em diferentes âmbitos (previdenciário, de saúde, educacional etc.) são, portanto, bem mais regra do que exceção.

No Brasil, nunca conseguimos de fato construir sistemas de proteção social de base estatal e universal, com base no princípio da solidariedade. Neste sentido, consagraram-se tendências do ponto de vista jurídico-constitucional, mas foram enfraquecidas e estão sendo progressivamente esvaziadas porque a implementação dos direitos sociais ficou a cargo de sucessivos governos (neo)liberais. Nossa tradição é mais marcada pelo terceiro princípio a que alude Lígia Giovanella em seu artigo, o da equivalência, vigente nos sistemas com base na relação de contratualidade entre contribuição e benefício. Esta forma de proteção social envolve sérias questões no campo da justiça social, em virtude da exclusão de grandes contingentes do mercado formal de

trabalho e do grau de concentração de renda vigentes em nosso país. O problema de fundo aqui é o da pobreza da maioria da população.

Situação de Pobreza, Religião e Limites à Cidadanização

O problema da pobreza agravou-se em conseqüência do aprofundamento de políticas de ajuste estrutural, como a que passamos a viver desde 1997-98 para cá. Deve-se perguntar, neste contexto, qual o impacto destas políticas sobre a família da população empobrecida. Infante (1994) afirma, com base em documentação do Banco Mundial, que houve uma deterioração maior no

> desenvolvimento humano de menores e mulheres, que corresponde aos grupos menos protegidos ou vulneráveis das famílias pobres. (...) Esta distribuição desigual dos custos do ajuste a nível intrafamiliar deve-se à persistência, no âmbito sócio-econômico, de fatores de desigualdade entre as pessoas, segundo sua posição no lar, gênero e idade.

De que modo sobrevive a população na situação de pobreza assim caracterizada? De que recursos dispõe quando se defronta com problemas de saúde? E, mais particularmente, o que acontece quando se trata de doenças infecto-contagiosas, como tuberculose, hanseníase ou Aids?

Qual a relevância da situação de pobreza assim caracterizada quando se examinam os aspectos sociais relacionados às tendências da feminização, pauperização e interiorização (Bastos et al., 1995) da epidemia de Aids?

Este tem sido um campo privilegiado por organizações não governamentais que se estruturam em torno da prevenção da contaminação e da solidariedade aos portadores do HIV/Aids a partir da metade da década passada. Recentemente, porém, observa-se uma mudança na composição do movimento social, com a entrada em cena de entidades sem 'militância' e conhecimento acumulado para enfrentar as múltiplas dimensões do problema da Aids. ONGs que se dedicavam a atividades educativas e culturais, igrejas e outras organizações caritativas que estão enraizadas no meio popular há muito tempo assumem a tarefa de lidar com a problemática social, cultural, ética da endemia.

Consideremos inicialmente as diversas igrejas, dado o peso que ocupam no campo da assistência social e, principalmente, porque, no contexto da vida das pessoas mais pobres das classes trabalhadoras, têm um papel (muitas vezes exclusivo) de proteção altamente importante.

Em primeiro lugar, está a igreja católica, que poderá assumir, em breve, um papel importante na campanha da prevenção da Aids, com a possível parceria da Coordenação Nacional do Programa de Controle das DST/Aids e a Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). Campanhas voltadas para a redução de parceiros em oposição (ou detrimento) ao uso de preservativos podem resultar no reforço do moralismo. É de supor que, caso isto aconteça, ocorrerão também mudanças no 'campo religioso', dada a competição entre as igrejas.

Como é que os católicos pensam o problema das doenças sexualmente transmissíveis e da Aids em particular?

Frances Kissling toma a questão do aborto como central para examinar a posição da igreja católica. A autora, integrante da entidade Católicas pela Livre Opção, observa que a igreja admite a 'teoria da guerra justa' em circunstâncias bem determinadas, como a autodefesa, a defesa contra um agressor injusto, proteção da integridade nacional e dos valores vistos como idênticos à vida. Mas é um paradoxo que tal teoria não se possa aplicar ao aborto. Ela conclui que a ausência de uma teoria do 'aborto justo' se vincula a uma longa tradição de visões negativas sobre as mulheres e a sexualidade. O problema é que a desvalorização neste caso significa apreciá-la como um adulto moralmente incompetente para lidar com as circunstâncias de um 'aborto justo' (proteção da vida, estupro).

A sexualidade é um tema abordado também com extremo conservadorismo quando não de maneira reacionária. É o caso da proibição do uso de preservativos, uma proibição que se torna especialmente grave nas situações em que um dos parceiros possa estar infectado pelo vírus HIV/Aids. O casal deveria optar pela abstinência sexual. Salvar o casamento neste caso é mais importante do que as relações das pessoas casadas e, no limite, na hipótese de não ocorrer a abstinência sexual, mais importante do que a vida da mulher (Kissling, 1998).

Entretanto, só podemos compreender tal posição se considerarmos que, para o catolicismo, a Aids é uma doença do pecado, avaliada pelos leigos como uma doença de fim de uma era.[3]

E quanto aos pentecostais? Que se poderia dizer desta grande força expansiva da religião entre a população mais pobre nas duas últimas décadas?

Na pesquisa que desenvolve sobre questões femininas na mídia pentecostal, Maria das Dores Campos Machado afirma que há uma abertura maior da cúpula da Igreja Universal do Reino de Deus para a idéia da obrigatoriedade do aborto legal nos hospitais públicos. Mas a autora observa que a tradição pentecostal não se enquadra na "utopia libertária que orientou parte significativa dos processos de mobilização ocorridos no século XX". Não por acaso, constata o preconceito da liderança em relação ao 'feminismo'. O próprio fato de ter escolhido a violência doméstica como tema de pesquisa-ação deixa patentes as limitações ideológicas dos grupos pentecostais (Machado, 1999).

Para um membro da Assembléia de Deus, a doença é uma conseqüência do pecado original. A vinda de Cristo e seu sacrifício pela humanidade representaram a possibilidade da salvação, da superação do pecado original. A persistência em atos pecaminosos e a tentação do demônio também estão na raiz das doenças que são uma predisposição humana. A cura depende da obediência à palavra de Deus, por meio da mudança de atitudes e comportamentos. A cura realizada por Deus, expresso na trindade, realiza-se por meio de seus proclamadores. Não existe, portanto, pecado imperdoável e doença incurável. Nesse sentido, a cura de homossexuais doentes por HIV/Aids passa pela recusa ao comportamento pecaminoso e pela crença na cura.[4]

Por outro lado, quando examinamos a atuação das organizações não-governamentais que agora estão entrando no trabalho de prevenção e solidariedade no campo da Aids, verificamos outra ordem de problemas. A leitura de documento de uma destas ONGs permite situar o problema de um pensamento social prisioneiro das representações de uma doença vinculada ao risco, à vulnerabilidade e à exclusão.

[3] Opinião manifesta por uma rezadeira, convidada a falar na disciplina de Tópicos Especiais em Endemias, Ambiente e Sociedade I, sobre 'Religiosidade popular e saúde' (Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, segundo semestre de 1999).

[4] Opinião de um membro da Assembléia de Deus, presente em outro momento na disciplina referida anteriormente.

Fala-se, por exemplo, em segmento populacional de risco e vulnerabilidade ao HIV/Aids representado por um milhão de habitantes! É como se as atitudes sociais frente à doença não fossem mais do que um epifenômeno das condições sociais – quer dizer, da pobreza – da população residente nas favelas do Rio de Janeiro.

É interessante observar, porém, que, ao pensarem as campanhas de prevenção junto à população e de solidariedade aos soropositivos e seus familiares, técnicos e pesquisadores considerem a necessidade de uma aproximação ao 'universo cultural' da população, à chamada rede de significados atribuídos às questões da vida, inclusive o HIV/Aids. Ora, falar de cultura neste sentido é falar de uma esfera de valores e crenças de características transclassistas. A liberdade individual e a confiança que caracterizam a sexualidade e o casamento remetem a valores e crenças vinculados historicamente ao patriarcalismo e machismo.

A negociação do uso de camisinha envolve a confiança e a auto-estima, a expectativa quanto a um nível de relações ordenadas num mundo aparentemente caótico, inseguro e violento – o que contribui, certamente, para reforçar a cultura dominante.

Não se deve, entretanto, exagerar esta dimensão do problema em detrimento do perigo do contágio. O significado do contágio é intersubjetivo e, pois, objetivo para a existência das pessoas. Contágio quer dizer incapacidade e sofrimento e depois a morte certa. Um estudo comparativo com outras doenças infecto-contagiosas de caráter estigmatizante, como a hanseníase, tem certa relevância.

Um estudo sobre atendimento ambulatorial da hanseníase da Fundação Oswaldo Cruz (Ferreira apud Teixeira, 1998) constatou que 55% dos pacientes atendidos eram moradores da Baixa Fluminense. Destes, 80% eram pacientes referenciados de outros serviços de saúde. Mary Jane de Oliveira Teixeira constatou que os pacientes relatam a confiança, o vínculo já estabelecido e a atenção diferenciada como motivos preponderantes para a escolha da unidade procurada. Mas esta qualidade superior do atendimento numa unidade distante tem também outras razões, como o receio de encontrar outras pessoas conhecidas na unidade de seu bairro de origem, vindo, assim, a ser 'descobertas' como portadoras de hanseníase. O mesmo temor aparece com efeitos colaterais de medicamentos sobre a coloração da pele

da pessoa submetida ao tratamento. Em outros termos: ocultar uma doença estigmatizada é uma forma de se proteger.

O mesmo vale para a situação dos portadores do HIV/Aids. A situação de pobreza, a dependência das relações de vizinhança, o controle social exercido pelo narcotráfico e o papel das igrejas como alternativa de sobrevivência interferem na vivência de um portador do HIV/Aids de modo particular. O anonimato pode ser, neste caso, vital à proteção dessas pessoas, em particular das mulheres soropositivas ou doentes. Uma pesquisadora e ativista de uma ONG/Aids referiu-se a um caso de expulsão de uma mulher pelos narcotraficantes numa favela. Considere-se aqui ainda a particularíssima condição das mulheres abandonadas pelos maridos, com famílias para criar. Não estaríamos diante da mesma situação de 'morte civil', denunciada há anos por Herbert Daniel?

É na imprecisa fronteira entre os âmbitos privado e público do casamento e das relações familiares, com sua extensão na vizinhança, que se revelam com maior dramaticidade os preconceitos sociais e o estigma característicos do imaginário social sobre as doenças infecto-contagiosas. Se o preconceito e a discriminação[5] são vivenciados pelos indivíduos mas construídos socialmente (Câmara da Silva, 1998), a resposta social a estas limitações à cidadania também é parte de um processo de reconstrução social da mesma realidade.

O maior dilema aqui é a vulnerabilidade das 'condições de vida' das populações pobres nas cidades, particularmente das mulheres, em virtude dos limites à cidadanização das classes trabalhadoras e, em última análise da fragilidade do Estado de direito em nosso país – limites que há alguns anos tenho observado com crescente preocupação e temor (Stotz, 1994).

[5] O preconceito/estigma é congruente com a categoria de causalidade. Na 'sociedade dos indivíduos' em que vivemos, a causalidade é uma categoria do pensamento que implica o entendimento da determinação do problema (nível explicativo do fenômeno) e, simultaneamente, a responsabilidade ou o papel do indivíduo na solução do problema.

Referências Bibliográficas

BASTOS, F. I. et al. A epidemia de Aids no Brasil. In: MINAYO, M. C. de S. (Org.) *Os Muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

CÂMARA DA SILVA, C. L. ONGs/Aids, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (supl. 2), 1998.

GIOVANELLA, L. Entre o mérito e a necessidade: análise dos princípios constitutivos do seguro social de doença alemão. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(1), jan.-mar. 1999.

INFANTE, R. Mercado de trabalho e pobreza urbana no processo de ajuste. *São Paulo em Perspectiva*, 8 (1), jan.-mar. 1994.

KISSLING, F. Perspectivas católicas progressistas em saúde e direitos reprodutivos: o desafio político da ortodoxia. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (supl. 1), 1998.

MACHADO, M. das D. C. Da produção de conhecimento à intervenção social: avaliação de uma pesquisadora sobre as dificuldades de diálogo entre os movimentos sociais. *Perspectivas em Saúde e Direitos Reprodutivos*. Informativo semestral, s.l., ago. 1999.

STOTZ, E. N. Movimentos sociais e saúde: notas para uma discussão. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (2), abr.-jun. 1994.

TEIXEIRA, M. J. de O. A *hanseníase e o profissional de saúde na discussão de religiosidade e saúde: ensaio para uma reflexão*. Trabalho para avaliação discente na disciplina Tópicos Especiais em Endemias, Ambiente e Sociedade I, 1998.

22 Educação e Saúde: discutindo as formas alternativas de lidar com a saúde

Victor Vincent Valla

Introdução

Em país de população empobrecida como a do Brasil, surgem com certa facilidade idéias como a de que se preocupar com agrotóxicos na alimentação é um luxo dos países industrializados, onde a fome crônica é pouco visível (Falcão, 1999). Da mesma forma, como questionar o desmatamento da Amazônia se derrubar as árvores, mesmo ilegalmente, é uma forma de muitos driblarem o desemprego? Como preservar o meio ambiente nas grandes cidades, se o valor do solo urbano mais barato ocorre justamente nas áreas de preservação ecológica? São nestes locais que os pobres buscam sua moradia porque grandes espaços vazios continuam nas mãos de particulares e/ou governos.

A pergunta que se faz neste trabalho segue a mesma lógica: por que discutir formas alternativas de lidar com a saúde quando uma grande parcela das classes populares ainda não tem um atendimento satisfatório nos locais de saúde pública?

Esse tipo de raciocínio acaba lançando mão da miséria dos pobres para justificar a falta de fiscalização por parte dos governantes e, dessa forma, naturalizar a injustiça e a falta de democracia no Brasil.

Este trabalho representa um prosseguimento da discussão sobre educação popular e a compreensão dos caminhos das classes populares. O que está em discussão é a satisfação das necessidades básicas das classes populares em face de um modelo de Estado crescentemente incapaz de cumprir essa obrigação. No trabalho que se apresenta, há a preocupação de discutir com os mediadores de

educação popular e com os professores das escolas públicas os limites do sistema de saúde pública hegemonizado pelo paradigma biomédico. Neste sentido, estão em discussão as formas alternativas de lidar com a saúde e as condições de vida das classes populares. Que caminhos as classes populares percorrem, em face dos limites estreitos impostos pelo sistema de saúde público, e qual é o papel dos mediadores de educação ao popular e dos professores das escolas públicas ao compreenderem as contradições desse processo?

Os graves problemas de desemprego e crescente pobreza indicam os limites do sistema de saúde atual. Há um questionamento que se difunde entre profissionais de saúde: se a maneira pela qual o atendimento de saúde se estrutura no Brasil seria capaz de lidar com o que alguns chamam de 'sofrimento difuso apresentado pelas classes populares'. Alguns profissionais estimam que quase 60% das consultas tratam de problemas psicossomáticos, e o tempo necessário para lidar com cada paciente não condiz com a relação eficiência-eficácia (Valla & Siqueira, 1996).

O que está em discussão é a real capacidade do Estado brasileiro, como se estrutura hoje, de satisfazer as demandas que as classes populares vêm apresentando: 'Fazer o melhor possível' em cada unidade de saúde do país é certamente importante, mas não necessariamente leva em conta uma grande parcela da população que não se apresenta mais às unidades de saúde. Também não leva em conta se todas as queixas apresentadas são solucionadas de forma satisfatória (Vasconcelos, 1998).

À luz deste pano de fundo, propõe-se discutir algumas das idéias que apontam formas alternativas de lidar com a saúde, procurando demonstrar como elas são restritas, em grande parte, ao âmbito das classes alta e média.

Quando se fala de formas alternativas de lidar com a saúde, refere-se tanto às terapias que buscam resolver as queixas de saúde por procedimentos que não são biomédicos, quanto a diversas atividades de solidariedade e apoio social que possam resultar, intencionalmente ou não, em melhoras de saúde. Neste texto, a expressão 'formas alternativas de lidar com a saúde' será substituída por 'saúde alternativa'.

Uma Discussão Teórico-Metodológica sobre a Saúde Alternativa

Se houver condições mínimas de higiene e alimentação para uma parte considerável de qualquer população, a tendência é que menos crianças morram antes de completar um ano e que mais adultos ultrapassem a idade de 65 anos. Justamente porque as condições de higiene e alimentação são mínimas é que os problemas conseqüentes de saúde oneram ainda mais os recursos disponíveis para a área de saúde pública.

No caso do Brasil, tal quadro é agravado pelos baixos salários e precárias condições de trabalho oferecidos aos profissionais de saúde, levando-os a desenvolver um trabalho insuficiente ou até a deixar o serviço público. As longas filas que se formam, tanto nos centros de saúde durante as madrugadas, como as de toda hora nos hospitais públicos, criam uma situação em que a 'escolha de Sofia' é um fenômeno freqüente.

Entretanto, a profunda crise daí decorrente deve estimular reflexões e proposições capazes de redimensionar as relações entre o Estado e a sociedade, particularmente para favorecer a ampla maioria dos que se encontram excluídos dos benefícios da riqueza e do bem-estar. Stotz quer com isso chamar atenção para a necessidade de superar a mera defesa do papel do Estado de prover diretamente ou de regular a oferta privada (contratada ou autônoma) de serviços. Para que tais serviços atendam de fato as necessidades sociais das populações, precisam levar em conta, obrigatoriamente, o que as pessoas pensam sobre seus próprios problemas e que soluções buscam de forma espontânea (Valla & Stotz, 1996).

Um problema que atinge milhões de brasileiros, por exemplo, são as múltiplas expressões de saúde mental: cobrem uma gama de sintomas que vão desde o que a classe média nomeia como 'ansiedade' ao que as classes populares chamam de 'nervos' (Low, 1988). Dados recentes da Argentina indicam que mais de 50% dos medicamentos consumidos pela população são psicofármacos (Bermann, 1995), e estimativas de profissionais brasileiros colocam os índices bem mais altos no Brasil. Cabe perguntar se, mesmo que o sistema de saúde no Brasil estivesse funcionando satisfatoriamente, seria possível atender todos esses casos de forma adequada.

Se, por um lado, o acesso ao atendimento é o problema principal, por outro, a questão da resolutividade é secundarizada. A contradição posta pela crise do Estado provedor é justamente a de que enquanto alguns países não contam com recursos suficientes para garantir serviços de qualidade para suas populações (muitos países africanos, por exemplo), outros, como o Estado brasileiro, embora contando com os recursos, não se dispõem a gastá-los na direção da eficácia (Fernandes, 1994).

A discussão sobre a saúde alternativa surge desse contexto. Será que se trata exclusivamente de uma crise de recursos ou é também uma discussão dos limites do modelo biomédico? Havendo mais tempo e mais recursos, haveria condições de lidar melhor com os problemas psicossomáticos, ou é também um problema de perspectiva?

Quando se fala de um 'problema de perspectiva', refere-se às crescentes críticas à eficácia do modelo biomédico. Trata-se de um conjunto de preocupações que inclui questões como a de que muitos dos problemas relativos à saúde hoje não se relacionam estritamente com a medicina. Outra é que os sucessos da medicina com as doenças infecciosas não têm equivalência quando se trata das doenças crônicas. Uma terceira trata da dificuldade de a medicina reconhecer o papel dos homens de criar condições sociais que são, em si mesmas, agentes de doenças. Segundo as melhores estimativas, o sistema médico hegemônico corresponde a 10% dos índices para medir o estado de saúde de uma pessoa. Os outros 90% se referem a fatores sobre os quais os médicos não têm controle: fumar, exercício, ansiedade, condições sociais e meio ambiente (Waldovsky, 1977; Foss & Rothenberg, 1987).

Muitas das críticas ao modelo biomédico derivam da proposta de que não há separação entre o corpo e a mente do homem. A biomedicina tem sua origem na física newtoniana e no dualismo cartesiano e assume que a compreensão do corpo vem do conhecimento apenas de suas partes e de como elas se relacionam ente si (Foss & Rothenberg, 1987). As dificuldades das propostas das medicinas holista e psicossomática em superar o dualismo do corpo-mente na biomedicina estão relacionadas com o enraizamento dessa proposta na experiência ocidental (Kirmayer, 1988).

A questão que se coloca, então, não é se a saúde alternativa é um 'quebra-galho' para a crise que se apresenta no sistema de saúde

brasileiro, mas se a própria crise não aponta outras alternativas para lidar com muitos dos problemas de saúde da população.

Muitas das propostas de saúde alternativa se baseiam na categoria do 'apoio social'. Esta se define como qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecidos por grupos e/ou pessoas que já conhecem e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, isto é, que gera efeitos positivos tanto para o recipiente, como para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham uma sensação de coerência e vida, e mais sentido de controle sobre a mesma; desse processo se apreende que as pessoas necessitam umas das outras (Minkler, 1985; Cassell, 1976a; Cassell, 1976b; Valla, 1998). É uma proposta que, embora não fosse uma questão essencial quando o debate foi lançado originalmente nos Estados Unidos, se aproxima muito da discussão que se trava hoje no Brasil sobre a solidariedade.

Essencialmente, o debate em torno da questão do apoio social se baseia em investigações que apontam seu papel na manutenção da saúde, na prevenção contra a doença e como forma de facilitar a convalescença. Uma das premissas principais da teoria é a de que o apoio social exerce efeitos diretos sobre o sistema de imunidade do corpo, isto é, age como um efeito tampão, no sentido de aumentar a capacidade das pessoas para lidar com o estresse (Bermann, 1995).

Em momentos de muito estresse, o apoio social contribui para manter a saúde das pessoas, pois desempenha uma função mediadora. Assim, permite que as pessoas contornem a possibilidade de adoecer como resultado de determinados eventos da vida, como, por exemplo, a morte de um membro da família, a perda da capacidade de trabalhar ou o despejo da casa onde residiram por muitos anos.

Cassell levanta a hipótese de que lugares de alta densidade populacional não necessariamente aumentam a suscetibilidade à doença por causa da densidade em si. Uma sensação de não poder controlar a própria vida juntamente com a sensação de isolamento podem ser relacionadas com o processo de saúde-doença. A proposta do apoio social sugere que as conseqüências dessas sensações não atingem necessariamente todas as pessoas afetadas da mesma forma. Estudos têm demonstrado que os apoios disponíveis de determinadas organizações sociais podem influir beneficamente no sentido de proporcionar

fatores de proteção contra o aparecimento de doenças, oferecendo melhorias de saúde física, mental e emocional (Cassell, 1974). Trata-se da noção de *empowerment*, isto é, um processo pelo qual indivíduos, grupos sociais e organizações passam a ganhar mais controle sobre seus próprios destinos (Minkler, 1985).

Assim, um envolvimento comunitário, por exemplo, pode ser um fator psicossocial significante para melhorar a confiança pessoal, a satisfação com a vida e a capacidade de enfrentar problemas. A participação social pode reforçar o sistema de defesa do corpo e diminuir a suscetibilidade à doença.

Como se pode perceber pela proposta de apoio social, está em discussão uma forma de lidar com a relação saúde-doença que pressupõe uma unidade de corpo e mente. Uma parte importante da teoria do apoio social é a de que as doenças têm sua origem num desequilíbrio emocional. Neste sentido, a médica Hu Pao Yu, do Rio de Janeiro, trabalha com a perspectiva de que cada órgão do corpo humano está intimamente relacionado com determinada emoção. Por exemplo, o pulmão com tristeza, o fígado com irritação, e os rins com medo. Desse modo, afirma que as doenças surgem porque inicialmente as emoções interferem de forma prejudicial com os órgãos (Ivanissevich, 1995; Minkler, 1985).

Uma Leitura sobre a Saúde Alternativa a partir da Grande Imprensa

Salvo engano, há pouco material escrito e/ou de caráter audiovisual disponível para as classes populares sobre a saúde alternativa. O que se encontra são matérias relativamente freqüentes nos jornais da grande imprensa. Quando se analisa o conteúdo sobre saúde alternativa nesses jornais, geralmente está se tratando de uma discussão dirigida aos leitores das classes média e alta. As classes populares não são leitoras sistemáticas de jornais da grande imprensa e, em particular, de jornais como *a Folha de S. Paulo* e o *Jornal do Brasil*, nos quais aparece a maioria dos artigos sobre saúde alternativa. Apresentam-se, nesta parte do trabalho, as idéias que predominam nessas matérias.

Médicos, atletas e executivos começam a aderir a idéias de que técnicas orientais de relaxamento produzem efeitos benéficos para a saúde. Comprovações científicas têm demonstrado a contribuição dessas técnicas no combate às doenças relacionadas com problemas cardiovasculares, estresse, insônia e ansiedade. As técnicas de introspeção e meditação freqüentemente resultam num relaxamento de seis a oito vezes maior do que durante o sono, fazendo com que o consumo de oxigênio diminua em até 60%. O resultado é um aumento da energia física e um declínio na produção de cortisol, considerado o hormônio do estresse, que, quando produzido em excesso, deprime o sistema imunológico e suas células de defesa (Parcias, 1998).

Durante a meditação, as células trabalham de forma mais eficiente e saudável, eliminando as impurezas do organismo e criando resistência aos estímulos do meio ambiente, aliviando o estresse e baixando os níveis de colesterol e da pressão arterial. Da mesma forma, a meditação ajuda a diminuir a perda de lactato da musculatura, pois a perda dessa substância resulta num aumento de ansiedade (Parcias, 1998).

Um estudo realizado nos Estados Unidos revelou que a técnica de meditação teve o efeito de diminuir os níveis de pressão arterial. Trabalhando com a idéia de que a hipertensão é causada em parte por estresse crônico, pesquisadores norte-americanos entenderam que a diminuição da tensão emocional pode se refletir numa redução dos níveis de pressão sangüínea. A pesquisa trabalhou com 111 pacientes, divididos em três grupos: o primeiro com duas sessões diárias de vinte minutos de meditação transcendental; o segundo grupo com o mesmo tempo diário de relaxamento muscular progressivo; e o terceiro com uma dieta alimentar recomendada para reduzir os níveis de pressão sangüínea.

Enquanto o terceiro grupo não indicou nenhuma melhora, os dois primeiros tiveram quedas substanciais nas pressões sistólica e diastólica, tendo o grupo que meditava apresentado os maiores índices: 10,9 e 5,6 pontos, respectivamente. Os pesquisadores afirmam que a prática de relaxamento e meditação reduz o metabolismo do corpo humano, diminuindo o consumo de energia e eliminando o estresse, e reduzindo o risco de problemas renais e derrames. Na realidade, a pressão alta, de acordo com os pesquisadores, estaria ligada a uma superexcitação do organismo. Assim, quando se vê algo que

assusta ou causa espanto, uma grande quantidade de adrenalina é lançada no sangue. Nesse sentido, a meditação colaboraria para reduzir esse estado de desequilíbrio do organismo (Weiss, 1995).

McEwen (1998), de forma semelhante a outros pesquisadores, entende que o estresse se relaciona com reações do organismo do corpo humano a agressões de ordem física e psíquica, prejudicando sua estabilidade. Pode ser provocado tanto por causas como um ritmo de trabalho excessivo e/ou frustrante, como pelo acúmulo sistemático de pequenas irritações da vida cotidiana.

O estresse aciona hormônios, isto é, substâncias químicas que vão para a corrente sangüínea a fim de defender o organismo humano. A produção excessiva desses hormônios representa problemas para a saúde da pessoa. 'Carga alostática' é o nome que McEwen dá ao conjunto de indicadores do estresse. Essa carga nada mais é que o preço pago pelo organismo para se adaptar ao estresse. Quanto mais alta a carga, maior a possibilidade de se sofrer de doenças cardiovasculares, como também de ocorrer maior declínio mental e físico. McEwen sugere o exercício e a dieta moderada como as melhores formas de terminar os círculos viciosos de alimentação, bebida alcoólica e fumo que o estresse induz (McEwen, 1998; Bonalume Neto, 1998).

Aumenta o número de cardiologistas que conferem muita importância ao apoio social. O Doutor Dean Ornish afirma que intimidade, apoio emocional e relações sociais são tão importantes quanto exercícios e dietas prudentes. Daniel Goleman percebeu, em suas investigações, que vítimas idosas de ataques de coração conseguem sobreviver mais tempo porque contam com o apoio emocional de duas ou mais pessoas. E que a depressão aumenta em cinco vezes as possibilidades de morte depois de um ataque cardíaco (Ventura, 1998).

Uma pesquisa realizada em Tel Aviv demonstrou que o número de infartes aumentou três vezes quando o governo do Iraque dava indicações de que um ataque aéreo era iminente.

O psicanalista e psiquiatra Carlos Garrido Pereira chama atenção para as provas de que pessoas competitivas, ansiosas e centralizadoras são mais suscetíveis às doenças do coração. Recomenda que uma das saídas é ser menos competitivo e agir de maneira desarmada, franca e aberta nas relações cotidianas (Ventura, 1998).

Segundo Henrique Figueiredo, chefe do Serviço de Saúde Mental do Hospital de Laranjeiras, no Rio de Janeiro, freqüentemente a baixa auto-estima faz com que as pessoas sejam ansiosas, o que influi em seus hábitos alimentares e faz com que prestem pouca atenção a seu estado de saúde. A depressão abaixa as defesas imunológicas, facilitando o aparecimento de doenças. Figueiredo acrescenta outros dados sobre o estresse: causa a libertação de adrenalina e cortisol, fazendo com que o coração bata mais rápido, tensionando as artérias e contribuindo para que o sangue fique mais espesso. O consumo de oxigênio cresce, elevando a pressão arterial (Ventura, 1998). Em contraposição, o prazer está relacionado ao relaxamento, pois faz com que o corpo libere endorfina, um revigorante natural que cria uma sensação de bem-estar no corpo.

Garrido recomenda que se pratique o ato de desabafar. Teme que o que se fala seja visto como sendo mais importante do que o próprio ato de falar. Com isso, quando não se fala ou reclama, é como se o corpo acumulasse um veneno que um dia sairá de outra forma: diarréia, impotência ou infarte.

A cardiologista Lígia Barros aponta o perigo de 'engolir sapos', fazendo com que o ato de sofrer sem desabafar resulte num acúmulo de tensões que mais tarde poderia gerar problemas de saúde (Ventura, 1998).

Ornish, em seu livro *Love and Survival*, comenta que, numa pesquisa realizada nos Estados Unidos, voluntários receberam por injeção o vírus da gripe. No entanto, nem todos ficaram doentes. Aqueles que se encontraram com pelo menos seis ou mais pessoas durante a semana foram menos atingidos do que os voluntários que se encontraram com apenas dois amigos. Um resultado que lembra as afirmações de Cassell (Sekles, 1998).

A quebra das redes sociais na sociedade está fazendo com que haja mais isolamento e depressão. Assim, o sentido de comunidade tem que ser descoberto de outras formas. O professor Sylvio Coutinho, da Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade de São Paulo, promove um curso de pintura que tem proporcionado melhorias de saúde para os participantes. Estimulando a atividade motora e autonomia de atividade física, os alunos têm afirmado que se sentem parte de um grupo e que são capazes de fazer amizades. Houve uma melhora nas percepções de autoconceito e auto-estima (Sekles, 1998).

As Classes Populares, suas Condições de Vida e a Saúde Alternativa

Bermann (1995) chama atenção para o efeito ideológico do termo 'estresse'. Normalmente, a discussão desse termo se desenvolve em torno do resultado, e não do processo em si, que é mais importante. Tratar apenas os sintomas transmite a ilusão de que o problema está no mal-estar que a pessoa sente quando procura assistência, não sendo visto como parte de um processo mais longo, que acaba produzindo o mal-estar (Stotz, 1996). Neste sentido, esconde o desgaste do trabalho excessivo a que o trabalhador se submete para não perder o emprego, como também os horários irregulares que o trabalho precário e terceirizado impõe. Quem não tem um emprego fixo que se coadune com seus interesses dificilmente escapa do mercado informal e de um 'trabalho frustrante'. Um trabalho frustrante para as classes populares não se trata de uma 'má escolha', mas quase sempre da 'única escolha', por causa das poucas ofertas no mercado.

Embora não se pretenda negar os processos de estresse que ocorrem aos membros das classes média e alta, ao mesmo tempo se quer chamar atenção para o fato de que as classes populares nas grandes cidades tendem a sofrer um processo de estresse muito mais intenso. A vereadora Jurema Batista, do Rio de Janeiro, pergunta se há remédio para pressão arterial alta quando o helicóptero da Polícia Militar sobrevoa a favela à procura de componentes do narcotráfico. Até as pequenas irritações mencionadas por McEwen (1998) podem significar para as classes médias um engarrafamento no trânsito, mas para o morador da favela trata-se freqüentemente de falta de água contínua ou de quedas freqüentes na voltagem e danificação de eletrodomésticos.

Uma das propostas para o combate ao estresse é a introspeção e meditação. Embora teoricamente a prática de meditação não seja possível em qualquer circunstância, um lugar relativamente espaçoso e quieto sem dúvida facilita a concentração. Normalmente, o período de meditação mais curto, uma hora, é dividido em duas partes: meia hora para ouvir uma leitura, a fim de fazer a passagem da rua para a sala de meditação, e meia hora de meditação de fato. Uma tarefa difícil para quem trilha o que Chaui (1989) chama o 'caminho estreito', isto é, uma vida de pouco dinheiro, espaço e tempo livre.

Num país cujos serviços de saúde são tão moldados pelo modelo biomédico, dificilmente as atividades propostas na área alternativa são oferecidas pelo setor público, exigindo, portanto, algum tipo de pagamento. Embora não seja impossível que uma unidade de saúde pública desenvolva atividades de apoio social, grupos de discussão, relaxamento muscular ou meditação, profissionais de saúde mais críticos afirmam que muitos colegas vêem esse tipo de atividade como uma forma de 'fugir do trabalho'.

O estresse é causado pelo que os profissionais chamam de 'superexcitação do organismo'. Trata-se de um estilo de vida em que a pessoa está sistematicamente exposta a agressões de ordem física e psíquica. Dessa forma, o 'susto contínuo' lança grandes quantidades de adrenalina no sangue por um longo período de tempo. A causa tanto pode ser a perda de R$ 100 mil na bolsa de valores, como a ameaça de uma guerra entre a polícia e os traficantes ou a perda do 'barraco' durante a chuva forte. O que importa nessa discussão é que uma grande parcela das classes populares está exposta ao chamado 'estado de emergência permanente' (Valla & Stotz, 1996). A grande imprensa tende a definir o termo 'emergência' – um blecaute ou uma enchente, por exemplo – como um acontecimento passageiro. Uma vez que a água deixe de cobrir os automóveis ou que a luz elétrica volte, para a grande imprensa terminou a emergência. Mas as condições de vida de muitos moradores de favelas indicam um estado de emergência permanente: distribuição irregular de água, difícil acesso às unidades de saúde, exposição permanente às balas 'perdidas' e ganhar a sobrevivência num mercado informal em processo de saturação.

As recomendações de McEwen (1988) sobre uma dieta moderada e prudente e exercício físico sistemático esbarram em obstáculos relacionados não só com as condições de vida, mas também com questões culturais. De qualquer forma, jogar futebol aos domingos à tarde não parece corresponder à idéia de exercício físico sistemático; salvo engano, não está muita desenvolvida no Brasil a discussão do que seria uma dieta moderada e prudente para as classes populares, levando em conta os custos e as questões culturais.

McEwen afirma que essas recomendações não são suficientes em muitos casos se não houver como agir na causa imediata do problema, pois o estresse tem causas sociais complexas que a medicina

não pode resolver, como pobreza, más condições de trabalho ou ambiente poluído. McEwen lembra que, segundo pesquisas, quanto mais pobre uma pessoa, pior é a sua saúde, não importando se ela tem ou não acesso a tratamento médico (McEwen, 1988; Bonalume Neto, 1998).

Laurell (1987) complexifica a categoria de 'carga' utilizada por McEwen. Por meio do exemplo da saúde do trabalhador, classifica as cargas em tipos distintos: física, química, biológica, mecânica, fisiológica e psíquica. Quando discute a sobrecarga e subcarga psíquica, refere-se a situações de tensão prolongada, de um lado, à consciência do perigo do trabalho, aos altos ritmos do trabalho; de outro, à perda sobre o controle do trabalho por estar subordinado à máquina (Bosi, 1979), à desqualificação do trabalho pela separação da sua concepção e execução e ao parcelamento do trabalho, que resulta em monotonia e repetitividade. Como se pode ver, condições de trabalho que diferem pouco das condições de vida das classes populares.

As recomendações de Garrido, segundo Ventura (1998), têm pouco a ver com o cotidiano das classes populares. Como ser menos competitivo e ansioso em um mundo onde as ofertas do trabalho formal estão declinando rapidamente e o mercado informal está se saturando? Assumir uma postura desarmada, franca e aberta se relaciona pouco com uma parcela da população que, como forma de sobrevivência, emprega uma linguagem permeada do 'duplo código', em que o 'dizer e desdizer' na mesma frase é uma constante (Martins, 1989).

Garrido e Barros, citados por Ventura (1998), apontam a importância do desabafo e de não 'engolir sapos', pois assim, em vez de se expulsar o veneno do corpo, ele é acumulado e expulso de outras formas. Mas o que pode significar 'engolir sapos' ou desabafar para a maioria das classes populares? Desabafar na hora pode resultar em vários desfechos para esta parcela da população: pode significar perder o emprego, seja na fábrica, seja como empregada doméstica. Numa cultura machista, desabafar na hora, ou seja, 'não engolir sapo', 'não levar desaforo para casa', pode terminar num enfrentamento com fim incerto.

Comentários finais

Luz aponta a insatisfação de parcelas de todas as camadas sociais do Brasil com os serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados. É esta insatisfação que leva as pessoas a buscarem alternativas. Teoricamente, nada impede que essas próprias alternativas existam no serviço público, mas não se trata só de uma questão de investimento, é preciso ver a relação saúde-doença de outra perspectiva. Tudo isso faz sentido quando nos lembramos de que "as camadas populares mantiveram sobre as questões envolvendo a saúde uma cosmovisão próxima da tradicional, na medida em que (...) não separam o homem da natureza, o corpo da alma" (Luz, 1996: 275).

Segundo a perspectiva de uma educação popular transformadora, é necessário distinguir entre propostas de saúde alternativa 'individualizantes' das classes média e alta e os caminhos coletivos das classes populares, criados a partir de suas condições de vida.

Certamente, são diversos os caminhos alternativos percorridos pelas classes populares para aliviar seus problemas de saúde. Tanto pela questão da relação corpo-mente, quanto pela perspectiva do apoio social, o caminho da espiritualidade e da religião parece despontar como uma das trajetórias principais (Valla, 1998).

A questão apontada, de 'engolir sapos' e/ou de desabafar, pode ser uma pista para compreender melhor o 'uso' que as classes populares fazem das igrejas, especialmente as que desenvolvem cultos nos quais o gritar e o cantar alto são constantes (Certeau, 1996; Cox, 1995).

Há um estudo de Finkler (1985) sobre os quinhentos centros espiritualistas e cinco milhões de fiéis no México a respeito do sucesso das "curas espirituais (...) com sofrimentos crônicos de uma forma que a biomedicina não é capaz de igualar (...) atenuam a dor, quando não eliminam, e ajudam as vítimas do sofrimento a tornar as suas vidas mais toleráveis e significativas". O autor os chama de "símbolos emocionalmente densos que sejam derivados da experiência coletiva daqueles que sofrem" (Finkler, 1985: 84). Há de se perguntar se a própria coletividade presente nesses espaços não se relaciona com a discussão de apoio social apresentada anteriormente.

Neves (1984), em seu estudo sobre a Assembléia de Deus, aponta a multiplicidade de concepções de cura para quem não tem condições de vida e de trabalho que permitam examinar outras alternativas.

Certamente, cabe aos mediadores de educação popular e aos profissionais de saúde e educação reivindicar um sistema de saúde que incorpore formas alternativas de lidar com a saúde, seja em nível nacional, seja experimentalmente em algumas unidades de saúde. Ao mesmo tempo, é necessário acompanhar as experiências isoladas de saúde alternativa para as classes populares. Em terceiro lugar, é preciso propor discussões nos partidos políticos, sindicatos, igrejas e entidades associativas. Mas, principalmente, como parte do currículo da ciência e saúde nas escolas públicas, como forma de demostrar que há outras maneiras de pensar a questão da relação saúde-doença.

Na realidade, o que está em discussão é como as classes populares se apropriam de formas de lidar com seus problemas de saúde quando as propostas biomédicas não satisfazem. Parece, então, que não cabe tanto um julgamento de antemão sobre os caminhos escolhidos pelas classes populares, porém, muito mais, por que esses caminhos. Esta talvez seja a tarefa da educação popular: investigar esses caminhos que parecem apontar uma vida 'mais tolerável e significativa'.

Milton Santos (1996) dizia ultimamente que a reconstrução do Brasil passa pela crença de que a verdade está com os pobres. E, neste sentido, para quem se interessa em acompanhar as classes populares em seus caminhos para resolver seus problemas de saúde, há de buscar compreender o que Santos chama de ação criativa dos "homens lentos nos seus espaços urbanos opacos".

Referências Bibliográficas

BERMANN, S. *Tabajo Precario y Salud Mental*. Córdoba: Navajo Editor, 1995.

BONALUME NETO, R. Pesquisa revela 'mapa' do estresse. *Folha de S. Paulo,* p. 14-15, 15 jan. 1998.

BOSI, E. (Org.) *Simone Weil: a condição operária e outros estudos sobre a opressão.* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

CASSEL, E. J. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *American Journal of Medicine*, 64(11): 1040-1043, 1974.

CASSEL, E. J. *The Healer's Art*. Nova Iorque: J. P. Lippincott Company, 1976a.

CASSEL, E. J. The nature of suffering and the goals of medicine. *New England Journal of Medicine*, 11: 639-645, 1976b.

CHAUI, M. *Cultura e Democracia*. 5.ed. São Paulo: Cortez, 1990.

COX, H. *Fire from Heaven: the rise of pentecostal spirituality and the reshaping of religion in the twenty-first century*. Nova Iorque: Addison- Wesley, 1995.

FALCÃO, D. Metade das crianças do país sofre de anemia. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 9 mar. 1999. Cotidiano, p. 3.

FERNANDES, R. C. *Privado porém Público: o terceiro setor na América Latina.* Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

FINKLER, K. *Spiritualist Healers in Mexico: successes and failures of alternative therapeutics.* Nova Iorque: Praeger, 1985.

FOSS, L. & ROTHENBERG, K. *The Second Medical Revolution: from biomedicine to infomedicine*. Boston: New Science Library, Sambhala, 1987.

IVANISSEVICH, A. Mulher faz negócio da China. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 30 mar. 1995. p. 30.

KIRMAYER, L. J. Mind and body as metaphors: hidden values in biomedicine. In: LOCK, M. & GORDON, D. (Eds.) *Biomedicine Examined*. Boston: Kluwer Academic Publishers, 1998.

LAURELL, A. C. Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción. In: *Taller Latinoamericano de Medicina Social.* Medellin: Asociación Latinoamericana de Medicina Social, 1987.

LOW, S. M. Medical practice in response to a folk illness: the treatment of nervios in Costa Rica. In: LOCK, M. & GORDON, D. (Eds.) *Biomedicine Examined.* Boston: Kluwer Academic Publishers, 1988.

MARTINS, J. S. Dilema sobre as classes subalternas na idade da razão. In: *Caminhada no Chão da Noite*. São Paulo: Hucitec, 1989.

MCEWEN, B. S. Protective and damaging effects of stress mediators. *The New England Journal of Medicine*, 338(3): 171-170, 15 jan., 1988.

MINKLER, M. Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: the tenderloin outreach project. *Health Educational Quartely*, 12(4); 303-314, 1985.

NEVES, D. P. A*s 'curas milagrosas' e a idealização social*. Niterói: Ed.UFF, Ceuff-Pro-Ed., 1984.

PARCIAS, C. Meditação controla o estresse. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 10 maio 1998. Vida, p. 1-2.

SANTOS, M. *Natureza do Espaço: técnica e tempo - razão e emoção*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SEKLES, F. Amor e intimidade prolongam a vida. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 26 abr. 1998. Vida, p. 2.

STOTZ, E. N. A fábrica: saúde e servidão burguesa. In: VALLA, V. V. & STOTZ, E. N. (Orgs.) *Educação, Saúde e Cidadania*. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

VALLA, V. V. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares. In: COSTA, M. V. (Org.) *Educação Popular Hoje*. São Paulo: Loyola, 1998.

VALLA, V. V. & SIQUEIRA, S. A. V. O centro municipal de saúde e as necessidades de saúde da população trabalhadora: encontro ou desemprego?, In: VALLA, V. V. & STOTZ, E. N. (Orgs.) *Educação, Saúde e Cidadania*. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

VALLA, V. V.; SIQUEIRA, S. A. V. & STOTZ, E. N. As respostas do movimento popular ao 'estado de emergência permanente'. In: VALLA, V. V. & STOTZ, E. N. (Orgs.) *Educação, Saúde e Cidadania*. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cadernos de Saúde Pública* (sup. 2), 14: 39-58, 1998.

VENTURA, M. Amar protege o coração. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 28 jan. 1998. Vida, p. 1.

WALDOVSKY, A. Doing better and feeling worse: the politics of pathology of health policy. *Daedalus* 106: 1, 1977.

WEISS, R. Meditação combate hipertensão. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 3 dez. 1995. p. 28.

Parte VIII

Qualidade de Vida: violência e saúde

23

Violência, Crime e Pobreza na Região Metropolitana de Salvador: um velho tema revisitado

Ceci Vilar Noronha

Introdução

Com este artigo, retomamos o debate acerca das relações entre pobreza e violência urbana, cobrindo diferentes planos da vida social em que os nexos dessas relações vão se construindo.

A partir de informações diversificadas, exploramos os novos significados da pobreza no contexto urbano e as desvantagens com as quais os pobres experimentam no acesso à segurança: a estigmatização de que são alvo, inclusive, através da mídia, com a conseqüente difusão do medo aos bandidos a reforçar estereótipos sociais que incluem, mais freqüentemente, pobres e não-brancos. Comparamos a magnitude com que a criminalidade violenta atinge as diferentes camadas sociais e concluímos a apresentação das nossas evidências com a face mais dura da repressão aos pobres: as ações dos grupos de extermínio.

Pobreza e Criminalidade

As associações entre pobreza e criminalidade são recorrentes em diferentes teorias sobre o crime. Entre elas, podemos incluir a teoria da desorganização social, as formulações acerca de fins culturais desejáveis e de meios legítimos escassos e a teoria da oportunidade para o crime, centrada na existência de alvos vulneráveis e atores motivados (Akers, 1997).

Contudo, tais formulações são parciais e insatisfatórias, pois devemos situar os novos elementos para repensar a conhecida associação. Nesse sentido, vamos argumentar, em primeiro lugar, que, na década de 90, ocorre um aprofundamento da pobreza no mundo.

Nesse contexto, mais se acentuaram as condições de precariedade do emprego e a instabilidade dos trabalhadores. Para Milton Santos,[1] a crise econômica da década de 90 se expandiu para o plano social, cultural e político, gerando uma pobreza excluída. Logo após a II Grande Guerra, a pobreza era residual e havia a idéia de desenvolvimento que acenava com a possibilidade de inclusão dos pobres. Hoje, salienta o autor, a pobreza é estrutural e desesperada porque até mesmo a informalidade da economia passou a ter limites em sua expansão.

O segundo argumento é a ascensão do individualismo como valor central e orientador de condutas. Ao longo de um processo iniciado há séculos, este valor hoje se alastra e difunde para todas as classes sociais. Nessa perspectiva, o indivíduo, sentindo-se mais livre das amarras e liames sociais que o unia aos demais, age em proveito de interesses próprios e encontra justificativas para isso, mesmo quando utiliza a violência como meio (Wieviorka, 1997).

A terceira linha de argumentação tem a ver com o que podemos identificar como ausência do Estado em sua vertente redistributiva e uma face repressiva ambígua. Vemos que grande parte da ascensão das taxas de criminalidade nas cidades brasileiras é freqüentemente atribuída à insuficiência de políticas sociais. Associado a isso, vem a ineficácia das instituições de prevenção e controle do crime, em especial nos espaços urbanos dos pobres.

De certo modo, essas três grandes linhas de argumentação para pensar em crime e pobreza coincidem com as explanações mais freqüentemente encontradas no debate público brasileiro com relação à violência da criminalidade. Não há dúvidas de que o senso comum utiliza um enfoque estrutural de explicação, que radica nas desigualdades sociais, na ausência de oportunidades, especialmente para os jovens pobres, as razões para se construir uma carreira marginal.

Uma outra perspectiva focaliza as características individuais dos sujeitos que cometem delitos. Especialmente nos casos de violência sexual, uma associação entre agressão e processos patológicos peculiares

[1] Em entrevista ao Jornal do Brasil (O homem produz as catástrofes), Rio de Janeiro, 14 mar. 1999.

ao protagonista estão presentes nas explanações do senso comum. Traços de insensibilidade e perversidade são atributos destes sujeitos e a opção pela carreira criminal parece ser mais o cumprimento de uma determinação bio-psicológica. Por fim, ainda que as razões explanatórias não sejam excludentes entre si, a referência ao encolhimento das instituições públicas ou à retirada do Estado, como um demiurgo, para fazer a passagem da condição de não-integrado à de partícipe de uma sociedade de consumo e de pauta cultural diversificada, também se faz presente, com pesos distintos.

O Simultâneo Aumento da Pobreza e da Criminalidade

Os anos 80, no Brasil, foram caracterizados como um período de crises econômicas sucessivas com o alargamento das distâncias entre os estratos de renda, o aumento do desemprego e da informalidade, com o simultâneo aumento das taxas de homicídios no país. As violências passaram à posição de segunda causa de morte dos brasileiros. Sem dúvidas, isso produz medo e insegurança em proporções sem precedentes para todas as camadas sociais. Mas, apesar da generalização, sabemos que há variações nos riscos ocasionados pelas mortes e agressões violentas conforme a renda dos grupos sociais.

Nas cidades, renda e idade aparecem mais freqüentemente como condições que estão inter-relacionadas, quanto mais precária a renda, resultante de trabalho eventual e intermitente, e maior a concentração de jovens, aumenta a propensão de ocorrência de incidentes violentos. No entanto, respeitando a característica da heterogeneidade étnica da sociedade brasileira, só mais recentemente e de modo hesitante começamos a aventar os nexos entre pobreza, juventude e minorias étnicas como os marcadores sociais pertinentes para a análise dos riscos de morrer violentamente (Minayo, 1994).

De forma não menos importante, as mudanças nos padrões sociais de relacionamento no Brasil incluem a mídia como um meio de produção de novos significados para a convivência coletiva. Pela cobertura proporcionada aos atos violentos, os meios de comunicação contribuem com a elaboração de narrativas sobre as violências do

cotidiano, conferindo visibilidade aos homicídios e interpretando tais fatos. Em sua produção diária, fazem com que a criminalidade invada todos os lares e se mantenha como alvo de um debate público movido pelas emoções das últimas imagens (Serra, 1980).

De qualquer ângulo que procuremos ver a questão da comunicação de massa e as representações dos fenômenos violentos, parece ser forte o impacto dos meios comunicativos na atualização de conteúdos simbólicos que alimentam um imaginário social, no qual os pobres, freqüentemente não-brancos, aparecem associados às práticas delituosas.

Região Metropolitana de Salvador: dimensionando a pobreza

Acompanhando as mudanças nacionais e internacionais, os últimos estudos elaborados sobre a área metropolitana de Salvador têm destacado a ocorrência de mudanças substanciais na conformação do seu mercado de trabalho (Azevedo, 1999; Belas, 1999; Santos, 1999; Nascimento, 1999; Vieira, 1999).

A ordem ou ênfase nos fatores explicativos dessas mudanças pode variar de autor para autor, mas permanece uma interpretação em que os traços comuns são: a precarização dos vínculos do trabalho para quem está inserido no mercado; uma reestruturação produtiva, que tem como efeito uma redução dos postos de trabalho; o crescimento do setor terciário, acompanhado da redução do setor industrial; o aumento do desemprego aberto; a crescente feminização do mercado de trabalho e a redução do rendimento dos trabalhadores ocupados.

Existe o consenso de que as mudanças no mundo do trabalho estão associadas ao movimento mais amplo da mundialização da economia. Ao lado disso, interagem os fatores locais como a crônica oferta excessiva de força de trabalho (Nascimento, 1999). Assim, Salvador conjuga expressivo crescimento populacional com a mais alta taxa de desemprego dentre todas as áreas metropolitanas do país.

Nos anos 90, Salvador passou a ser a terceira cidade mais populosa do país. No entanto, é grande a pobreza dos seus habitantes. Em 1994, 61,83% deles viviam abaixo da linha de pobreza, ou seja, algo em torno de 1.644.631. Em 1996, esse dado caiu para 44,13%, o que significa 17,7% da população total (Ivo, 1997).

A Dupla Presença dos Pobres nas Estatísticas Criminais

As autoridades policiais participam ativamente da construção de discursos em que os pobres são vistos como criminosos em potencial; dentro dessa mesma visão, os bairros caracterizados pela pobreza tendem também a concentrar mais crimes e violências. Inúmeras evidências podem ser arroladas no sentido da estigmatização dos pobres.

Em matéria jornalística que discutiu porque os homens se matam, um delegado de polícia do bairro de Periperi, localizado no único subúrbio ferroviário de Salvador, afirmou:

> Quando não é por droga e bebida são os problemas de vingança, desentendimentos entre vizinhos, pequenas brigas que acabam culminando na morte e a gente não explica que sejam motivo para tirar a vida de uma pessoa. As pessoas, aqui na minha área, são muito carentes, moram mal, não têm ocupação e vivem com os nervos à flor da pele, não raciocinam diante de qualquer pequeno problema; basta alguém dizer que o outro é feio. (A Tarde, *Violência gratuita*, 1999)

É bem verdade que a condição de pobreza não significa apenas ausência de condições materiais, a ela se articulam outros atributos, tal como aparece na metáfora "dos nervos à flor da pele" utilizada pelo orador. São condições limitantes no adestramento próprio ou a falta de habilidade para raciocinar, em qualquer situação de disputa ou ameaça implícita, que fazem a violência proliferar nos bairros pobres.

Em seguida, o jornalista se refere à experiência de trabalho do mesmo delegado em um bairro de classe média, afirmando que nesta localidade os homicídios não eram tão freqüentes. A autoridade, então, consegue ser mais incisiva na determinação social do crime:

> Não sei se as coisas se agravaram de algum tempo para cá, mas o que nós constatamos é que os crimes acontecem mais entre pessoas que enfrentam muitas necessidades. A carência e falta de esclarecimento proporcionam ocorrências deste tipo. (A Tarde, *Violência gratuita*, 1999)

Outra vez, temos a pobreza pensada em termos de não acesso a outras qualidades pessoais que fazem falta ao convívio humano.

Pobreza e ignorância se igualam como traços característicos dos agressores. A referência de tempo utilizada também confere um certo matiz diferenciado à enunciação do discurso, o personagem não atribui apenas ao contexto de pobreza o aumento dos crimes, como também admite que pode ter havido mudanças na própria condição dos pobres. São os pobres de hoje, mais pobres que os de outras décadas? Esta indagação fica apenas insinuada.

Se estamos familiarizados com declarações e dados que nos revelam a presença dos pobres entre os autores de crimes, temos, em contrapartida, o mesmo segmento como um dos mais vitimizados. As variações das taxas de homicídios para Salvador e outros indicadores podem ser utilizados para fortalecer tal assertiva. Comparando as disparidades dessa distribuição, em 1994, nos bairros mais privilegiados da cidade, como Pituba, Graça e Barra, os coeficientes foram inferiores a 10 homicídios por 100.000 habitantes. O oposto ocorreu nos bairros pobres: em Fazenda Grande do Retiro tivemos 101,8/100.000, em Valéria 96/100.000, em Sete de Abril/Marechal Rondon 80,1/100.000 e um resultado semelhante em Cosme de Farias (Cedec, 1997).

Os achados do Projeto Activa,[2] também podem corroborar com indicações de que os pobres são alvos vulneráveis da criminalidade violenta. Em 1996, 12,4% das vítimas de assalto moravam em bairros de alta renda; 14,2% em áreas de rendas médias e 19,1% nos bairros populares. Além disso, as proporções foram mais díspares quando aumenta a experiência de vitimização para mais de uma vez ao ano. Nestas circunstâncias encontramos: 0,9% dos habitantes de bairros mais ricos, 5,5% dos de bairros de rendas médias e 5,8% dos mais pobres.

Talvez em função dessas experiências de vitimização, os mais pobres se mostraram mais intolerantes para com a presença dos 'indesejáveis' na sua vizinhança. Quando indagados pelo Activa se se consideravam no direito de expulsar os indivíduos que traziam problemas à sua comunidade, a concordância foi inversamente proporcional à renda: 14,4% dos que habitavam em áreas ricas e 30,6% dos bairros populares. De modo semelhante, houve maior aceitação da prática de 'limpezas sociais' (eliminação sumária dos 'indesejáveis') quando se compara os entrevistados dos bairros de renda alta (9%) e baixa (18,3%).

[2] Activa é a denominação de um estudo multicêntrico voltado para o estudo de atitudes e normas em relação à violência, organizado pela Opas, em 1996, compreendendo, na Região Metropolitana de Salvador, 1.384 entrevistas domiciliares com indivíduos de ambos os sexos e idade entre 18 e 70 anos.

Por conseguinte, as indicações mais comprometedoras para a convivência social são as mudanças assinaladas nas atitudes e nas disposições subjetivas dos indivíduos. Nesse sentido, encontramos expressiva aceitação dos entrevistados para agir fazendo justiça por conta própria. Concordaram com isso 17% dos moradores de bairros mais ricos, 27,7% dos de rendas médias e 37,8% dos mais pobres.

Os Pobres têm mais Dificuldades de Acesso à Segurança Pública

Diferentes vozes já denunciaram a persistência de um modelo de policiamento desigual e discriminatório em Salvador. Os bairros da orla e o centro histórico, espaços que correspondem à cartografia de uma cidade turística e de moradores afluentes, são mais bem atendidos do que os bairros das periferias habitados por pobres.

Para o presidente da Comissão dos Direitos do Cidadão da Câmara Municipal de Salvador, as ações truculentas das polícias civil e militar nos bairros pobres da Região Metropolitana de Salvador são rotineiras. Na Comissão que preside, ele está habituado a receber denúncias deste tipo, o que reforça a sua percepção de que a segurança pública do estado se dá dentro de uma 'visão de limpeza social'. Isto é, em lugar de enfrentar os problemas sociais via políticas públicas, a tentativa dos poderes constituídos é de mascaramento das questões (Bassuma, 1998).

Pensar a segurança de modo mais equânime, segundo este vereador, também implica um novo redirecionamento dos efetivos, mais ocupados em proteger o patrimônio do que a vida dos cidadãos. Tal afirmativa pode ser constatada pela distribuição encontrada, hoje, entre os batalhões e seus componentes no espaço urbano.

Conjecturando acerca das possíveis explicações para esta política de segurança intencionalmente mal distribuída, o deputado estadual Tadeu Fernandes, oficial da reserva da Polícia Militar, sistematizou três pontos:

- haveria mais policiamento nas áreas 'nobres' porque estas concentram bancos e outros estabelecimentos que são mais visados pelos bandidos;

> • as áreas 'nobres' concentrariam um maior números de ocorrências delituosas;
> • os bandidos morariam em áreas pobres, saindo para atacar as áreas onde predominam grupos familiares de rendimentos altos e médios. (A Tarde, *Policiais atuam mais em áreas nobres*, 1999)

Em contraponto, ele afirmou que os delitos ocorrem em todos os pontos da cidade e que o próprio fato de haver mais policiamento nas áreas 'nobres' faz com que as mesmas tenham maior capacidade de registrar e processar um número de queixas mais elevado. Com isso, podemos supor que nas localidades pobres existe um crônico sub-registro de ocorrências até porque os moradores não encontram condições para fazer denúncias formais. Estabelecimentos comerciais, carros de entrega de mercadorias, carros de transporte de valores e outros alvos da ação dos marginais se localizam ou circulam por toda a cidade. A falta de segurança nas periferias tem tido, como efeito perverso, o recurso aos grupos de extermínio e aos linchamentos para a resolução de questões locais não atendidas pela polícia.

Assim, encontra-se instituído um duplo padrão de policiamento que age com extrema repressão quando o serviço de segurança é oferecido nas localidades pobres e com urbanidade no atendimento das elites. Sobretudo, os turistas que freqüentam o centro histórico de Salvador conhecem um tipo de policiamento especialmente cortês. A mesma ambivalência dos poderes públicos com relação aos cidadãos empobrecidos está presente na implantação do modelo alternativo da Polícia Comunitária, que se estabelece remanejando quadros de áreas de classes médias e pobres para alocar nos bairros 'nobres'.

No bairro da Fazenda Grande, onde moram 150 mil pessoas, a falta de policiamento tem levado o comércio local a fazer a sua própria segurança sem, contudo, reduzir o número de assaltos. A única empresa pública que funciona no local chegou a ser assaltada duas vezes em um só mês. O repórter descreve que o local é conhecido pelo alto nível de criminalidade violenta e anuncia textualmente que: "pode parecer exagero, mas quase diariamente em seus domínios é encontrado pelo menos um corpo desovado" (A Tarde, *Violência e abandono marcam Fazenda Grande*, 1999).

Fatos semelhantes se multiplicam por toda a cidade, revelando um quadro extremamente precário acerca da condição de segurança

dos cidadãos nos bairros populares. O maior problema é que a pobreza, no contexto atual da globalização, tende a crescer junto com a redução das arrecadações públicas, o que aumenta o desencanto. Como fazer reverter a situação crítica já delineada?

Polícia Militar e Civil: subdimensionamento e escassez

Na distribuição dos efetivos existem grandes distorções em Salvador. As evidências dessas desigualdades se expressam nos coeficientes obtidos com a alocação dos policiais militares a cada 100.000 habitantes. A maior variação foi encontrada entre os bairros 'nobres' – Pituba, Ondina, Rio Vermelho, Itaigara, Caminho das Árvores, Barra e Graça –, onde a relação foi 1 policial militar para cada 150 moradores e bairros do 'miolo' de Salvador, com 1 policial militar para 2.272 habitantes. Esta discrepância por áreas é tanto mais crítica quando consideramos ser a proporção de 1 policial para cada 200 habitantes o parâmetro recomendado pela ONU (A Tarde, *Policiais atuam mais em áreas nobres*, 1999).

Se os efetivos são insuficientes para oferecer condições de segurança aos moradores, o mesmo se dá com relação às viaturas para apoiar o trabalho policial e permitir a presença e mobilidade do policiamento preventivo em vastas subáreas da cidade. Ademais, podemos acrescentar que o trabalho policial nas áreas pobres é mais penoso porque é feito sem outros recursos tecnológicos auxiliares, tais como o *hand talk*, o que facilita as operações desencadeadas e serve também à proteção pessoal do agente. Mas a discriminação que incide sobre os policiais que estão servindo em bairros periféricos inclui também o rebaixamento salarial. Assim, há uma diferenciação na gratificação de atividade policial (GAP), que significa menos 20% de remuneração para o mesmo tempo de horas trabalhadas, conforme a localidade onde o serviço é prestado.

Afora isso, as próprias instalações físicas de módulos policiais revelam uma política de segurança diferenciada de acordo com a estratificação social. São muitos os exemplos de postos em condições precárias para acolher os efetivos aí alocados e possibilitar um

atendimento adequado ao público. Em alguns bairros, a própria população se envolveu na recuperação das estruturas físicas, a fim de manter um esquema mínimo de segurança para sua localidade.

A escassez de recursos humanos nas corporações policiais constitui um problema crucial a ser solucionado para atender de modo mais adequado às tarefas de segurança. Isso é válido tanto para a polícia militar quanto para civil. No momento, os dados da Polícia Civil dão conta da existência de 4.500 policiais para uma população de 13 milhões de habitantes no estado da Bahia, o que gera uma proporção de 1 policial para cada 2.900 habitantes.

Na crônica da cidade é possível identificar muitos fatos que apontam para esta insuficiente distribuição dos recursos da segurança pública A propósito, a 5ª Delegacia de Polícia em Periperi, que atende a uma das áreas residenciais mais pobres da cidade, no subúrbio ferroviário, funciona em um prédio mal conservado e dispõe de duas viaturas velhas para resolver as questões de uma população de quase 400 mil habitantes. Na avaliação dos delegados, os homicídios vêm aumentando na área, podendo ser estimados em vinte ao mês (A Tarde, *Violência assusta moradores de Coutos*, 1999).

Na mesma área, cujas estatísticas criminais lhe confere pela imprensa a designação de 'Baixada Fluminense', os efetivos da Polícia Militar estão presentes numa proporção de 1/1.045 e três viaturas servem à localidade. Desse modo, o policiamento oferecido aos pobres pelos poderes públicos é marcado, sobretudo, pela repressão e pelas ações sumárias, sendo repassado aos pobres o ônus da sua própria falta de acesso à segurança.

Medo dos Pobres e Ódio aos Bandidos

A violência e suas conotações negativas, especialmente quando subverte por completo as expectativas em relação às instituições, não podem despertar outros sentimentos além daquilo que pode ser associado ao perigo e à impureza. Nas sociedades complexas ocidentais, agir com violência ou agressividade está relacionado a estados de perversão e à degeneração física e mental dos seres humanos. Pessoas com atitudes violentas correspondem a pessoas sem muito controle das suas próprias emoções. Em meio à repulsa que o uso da violência

provoca nos indivíduos, destaca-se o grupo composto pelos delinqüentes, cujas ações despertam ódio.

Sublinhamos que o noticiário sobre o crime tem como marca ser uma editoria que funciona na ausculta direta do aparato policial. Isso tende a gerar vínculos entre os repórteres e as autoridades da segurança, uma linguagem própria partilhada entre eles, tendo como resultante que o jornal funcione como uma caixa de ressonância sobre o modo de pensar e agir dos policiais. Por conseguinte, não é estranho que o ódio aos bandidos seja constantemente alimentado via imprensa.

O efeito mais danoso nessa engrenagem é que, em nome desse ódio, a sociedade silencie e consinta que o aparato policial elimine os 'indesejáveis' como trabalho de rotina, sem mesmo necessitar de inquéritos e apuração de responsabilidades. Os médicos legistas têm assinalado a rapidez com que as cenas onde esses crimes ocorrem são rapidamente desfeitas.

Nossa situação é peculiar porque o país não tem pena de morte instituída, mas a prática de eliminar marginais se faz no cotidiano. No estado da Bahia, entre 1988 e 1991, apenas nos primeiros seis meses de cada ano, foram mortos quatrocentos homens, supostamente marginais, em situações de 'troca de tiros com a polícia' (Noronha, Daltro & Mendes, 1993).

Saber quem são os marginais não requer maior recurso investigativo para identificá-los entre as camadas pobres da população. São os habitantes das áreas periféricas ou das invasões que marcam profundamente a paisagem de Salvador. Como uma boa matéria policial traz sempre a alcunha dos bandidos, referência fundamental para a caracterização do mundo do crime, a cor das vítimas pode fazer parte do 'nome de guerra'. São exemplos disso: 'Negão', 'Hélio Preto', 'Nego Edilson', 'Nego Lola', 'Nego Tim', 'Negrinho', 'Nego Num', 'Nego Juarez' etc. (Noronha et al, 1993).

Muitas vezes, a morte de um policial no exercício de suas funções pode ser o estopim para deflagrar uma ofensiva contra os marginais. Desse modo, podemos acompanhar uma acirrada 'guerra' em curso entre policiais e delinqüentes. Em um incidente deste tipo, para descrever o cadáver de um bandido morto em cerco policial, o repórter sintetizou a fala de um funcionário do hospital de urgência na expressão: 'chuva de balas'. O assaltante, um rapaz de 23 anos, morador

de Periperi, acusado de ter atirado quatro vezes com um revólver calibre 38, morreu com marcas de projéteis de escopeta por todo o corpo e um tiro de fuzil AR-15 na testa (A Tarde, *Fuzilado bandido que matou policial*, 1998).

Como as metáforas não são inocentes, observamos que a expressão 'chuva de balas' nos traz como sentido imediato uma naturalização do fato descrito. Em toda a matéria não há sequer uma alusão à brutalidade policial.

Seguindo algo comum às matérias policiais, após anunciar a morte violenta e as suas circunstâncias, os repórteres comentam a carreira marginal do morto. Ele havia cometido latrocínio contra um policial anteriormente. Como desfecho final da matéria, temos:

> Além disso, era um assaltante bastante violento e já chegou a ser preso por maus-tratos contra a mãe e irmãs. 'Era um indivíduo perigossísimo, que a sociedade finalmente se viu livre', comentou a delegada Kátia Maria Alves, que resolveu mais um caso em pouquíssimo tempo. (A Tarde, *Fuzilado bandido que matou policial*, 1998)

Especialmente no final do texto, põem-se em relevo as maldades praticadas por aquele que morreu. Seu caráter maligno se deixa revelar pelo uso da violência contra seus familiares mais íntimos: mãe e irmã. O escritor conduz o leitor-intérprete a concordar com o seguinte raciocínio: se a periculosidade do bandido podia se manifestar em seu próprio círculo de parentesco, dele a sociedade só poderia esperar o pior. "Era um indivíduo perigosíssimo, que a sociedade finalmente se viu livre", outra vez, o repórter não disse diretamente, tomou de empréstimo a fala autorizada de uma delegada de polícia, para afirmar que a sociedade se vê aliviada pela extinção do mal personificado. A mensagem principal é que 'bandido merece morrer'.

Como este caso parece sugerir, o repórter comemora a pronta resolução da investigação, pois a morte do marginal põe um ponto final na ocorrência. Na matéria, a eficiência da delegada está diretamente associada à eliminação do acusado. Quem ousaria ou teria interesse em reabrir um inquérito contra a polícia?

Explicitar os atos perversos dos bandidos ao noticiar sua morte parece fazer parte da estrutura padrão das matérias policiais. Este é um elemento no qual a construção do discurso midiático se apóia para dar

racionalidade às arbitrariedades policiais. Calligaris (1997) observou o mesmo em Porto Alegre, quando ocorreu uma rebelião em um presídio. O repórter publicou ao lado dos presos mortos, o catálogo dos crimes.

Os Pobres são Alvos Preferenciais de Grupos de Extermínio

A ação dos grupos de extermínios, nos quatro primeiros meses de 1999, atingiu 66 vítimas – o que parece indicar um crescimento dessas mortes no estado da Bahia. Retrospectivamente, os números andaram em torno de uma centena: 93 em 1997, 107 em 1996 e 104 em 1995.

Nas ações publicadas até 26 de abril de 1999, o perfil das vítimas compreende principalmente pessoas jovens, pois 43,9% tinham entre 18 a 25 anos, e 21,2% eram trabalhadores. As execuções dos primeiros quatro meses de 1999 corresponderam a 15,5% dos homicídios do período (455) (Gabinete Deputado Nelson Pellegrino, 1999).

Desse modo, ao lado das mortes ocasionadas com as práticas policiais de rotina, somam-se os mortos por grupos de extermínio. A participação de policiais nestas atividades ilegais é fato amplamente noticiado, não sendo esse tipo de ação um privilégio da Bahia. Adorno & Cardia (1999) vêm analisando esta prática no estado de São Paulo. Na Grande Salvador, inclusive, há grupos chefiados por policiais, que tratam de ganhar algum dinheiro com este engajamento, sendo o tipo de armamento utilizado e o uso de capuz para esconder a face, traços que os denunciam.

O *modus operandi* dos grupos de extermínio revela um uso exacerbado da força e de armamentos combinados à ousadia nas ações, o que é próprio daqueles que se sabem impunes porque pairam acima da lei. Atuam durante a madrugada, encapuzados, e suas ações incluem: a eliminação dos seus alvos, o arrombamento de casas, a tortura de pessoas em busca de informações daqueles que estão sendo perseguidos, a morte de pessoas honestas só pelo fato de estarem presentes no local. Os grupos de extermínio impõem agressões a pessoas idosas e crianças e criam uma atmosfera de medo, intimidações e silêncio entre todos os que viram de perto essa violência exorbitante. Nos textos

da imprensa, os corpos das vítimas aparecem 'crivados de balas' e os cadáveres são abandonados nos 'pontos de desova' (Machado, Noronha & Cardoso, 1997).

Conclusão

Para recolocar a discussão entre pobreza e violência, é necessário atentarmos para os distintos significados do primeiro termo. A noção de pobreza não foi empregada aqui como sinônimo de desvantagens econômicas, mas como uma discriminação instituída em todos os níveis da vida social, perpassando pela exclusão de bens fundamentais ao exercício da cidadania. Além disso, tentamos agregar à complexidade do que discutimos a própria heterogeneidade entre os pobres, que se reverte em concepções de mundo diferenciadas, tendo como resultante, um contexto de alta vitimização, o aumento da intolerância para com o outro.

Como esteio de sustentação, o pacto de dominação brasileiro mantém uma polícia repressiva para os pobres e uma massa marginalizada na base da pirâmide social, mas necessita dos formadores de opinião para fazer crer que o sistema é legítimo. A isso se prende a emergência de cidadãos reativos e amedrontados dispostos a substituir, tanto quanto possível, a experiência da diversidade de trocas entre desiguais por uma convivência entre pares.

Nossa tentativa não foi a de isolar os fatos violentos para elaborar uma explanação sobre eles, mas identificar nas estruturas e nos processos sociais em curso, o que tem levado à produção da violência intencional. Assinalamos algum peso explicativo à crise institucional, às mudanças demográficas indicando a presença de um maior contingente jovens nas cidades e às transformações das posturas individuais. A superação do quadro deverá nos levar a produzir alternativas para a pobreza, não mais a fome e as mortes violentas.

Referências Bibliográficas

ADORNO, S. & CARDIA, N. Dilemas do controle democrático da violência: execuções sumárias e grupos de extermínio. São Paulo (Brasil), 1980-1989. In: TAVARES, J. V. (Org.) *Violência em Tempo de Globalização*. São Paulo: Hucitec, 1999.

AKERS, R. L. *Criminological Theories: introduction and evaluation*. Los Angeles: Roxbury Publishing Company, 1997.

A TARDE. *Fuzilado bandido que matou policial*. Salvador, 19 nov. 1998, Polícia.

A TARDE. *Violência e abandono marcam Fazenda Grande*, Salvador, 3 abr. 1999, Caderno 1, p. 6.

A TARDE. *Violência gratuita*. Salvador, 11 abr. 1999, Caderno Lazer & Informação.

A TARDE. *Policiais atuam mais em áreas nobres*. Salvador, 13 jun. 1999, Polícia.

A TARDE. *Violência assusta moradores de Coutos*. Salvador, 23 jul. 1999, Polícia.

AZEVEDO, J. S. G. Mudanças no padrão de ocupação na RMS. *Bahia Análise & Dados*, 8(4): 9-26, mar. 1999.

BASSUMA, L. Limpeza social. In: *Dossiê: violência policial e a relação com os homicídios em Salvador: 1996 a outubro de 1998*. Salvador, 1999. (Apresentado em 15/6/99 na Audiência Pública: Grupos de Extermínio: até quando a impunidade?).

BELAS, A. O perfil demográfico dos ocupados na RMS. *Bahia Análise & Dados*, 8(4): 51-59, mar. 1999.

CALLIGARIS, C. *Hello Brasil!* São Paulo: Escuta, 1997.

CEDEC. *Mapa de Risco da Violência*: *cidade de Salvador*. São Paulo: Cedec, 1997.

GABINETE Deputado Nelson Pellegrino. Ação dos grupos de extermínio. Salvador, 1999. (Dados coletados do jornal *A Tarde*).

IVO, A. L. Uma racionalidade constrangida: a experiência da governança urbana em Salvador. *Caderno CRH*, 26/27: 107-145, jan.-dez. 1997.

MACHADO, E. P.; NORONHA, C. V. & CARDOSO, F. No olho do furacão: brutalidade policial, preconceito racial e controle da violência em Salvador. *Afro-Ásia*, 19/20: 201-226, 1997.

MINAYO, M. C. de S. A violência na perspectiva da saúde pública. *Caderno de Saúde Pública*, 10 (suppl. 1): 146-155, 1994.

NASCIMENTO, I. Os impactos do Plano Real sobre o mercado de trabalho da RMS. *Conjuntura & Planejamento*, 63: 9-14, ago. 1999.

NORONHA, C. V.; DALTRO, M. E. & MENDES, C. M. C. Violência e mortalidade na Bahia: o perfil das vítimas e tendências recentes. *Informe Epidemiológico do SUS*, 2(3): 35-56, 1993.

SANTOS, L. C. dos. Tempos modernos: trabalho e desigualdades no mercado de trabalho na RMS. *Bahia Análise & Dados*, 8(4): 64-72, mar. 1999.

SERRA, A. A. *O Desvio Nosso de Cada Dia: a representação do cotidiano num jornal popular*. Rio de Janeiro: Achimé, 1980.

VIEIRA, L. M. R. Emprego, produtividade e mudanças na indústria de transformação da Bahia. *Conjuntura & Planejamento*, 56: 17-20, jan. 1999.

WIEVIORKA, M. O novo paradigma da violência. *Tempo Social*, 9(1): 5-41, maio 1997.

24 A Féria ou a Vida: violência ocupacional, saúde e segurança entre rodoviários de Salvador

Eduardo Paes Machado e Charles Levenstein

Introdução

Esse trabalho discute as características e impactos da criminalidade violenta sobre o transporte coletivo, com ênfase na situação daqueles que trabalham ou permanecem encerrados mais tempo no interior dos ônibus: os motoristas e cobradores.

Focalizando as agressões contra os rodoviários, evitou-se isolar as reações dos trabalhadores das atitudes de outras categorias da população – sindicatos (patronal e trabalhista), usuários e autoridades públicas. Nessa linha de raciocínio, a noção de violência ocupacional dá conta das inter-relações entre violência social e agressões no trabalho, permitindo explorar os efeitos de retroalimentação entre esses dois planos (Niosh, 1996; Neuman & Baron, 1998).

O crescimento da violência ocupacional, na visão de muitos autores, seria uma decorrência da expansão da economia de serviços e da multiplicação de atividades feitas com o público. Contrariando a tendência moderna de confinamento do trabalho em recintos protegidos do público, a economia de serviços dá ao trabalhador a satisfação de interagir com outros, mas cria oportunidades de conflitos difíceis de serem controlados.

Essas agressões, em especial as que são motivadas por assaltos, seriam mais freqüentes contra trabalhadores que mexem com dinheiro, sob a forma de cobrança de pagamento e arrecadação de tarifas (Niosh, 1996; Neuman & Baron, 1998).

Sublinhando o sofrimento do trabalhador, a literatura disponível dá pouca atenção ao componente de classe de conflitos entre usuários e empresas de transporte, ou então, entre jovens marginalizados, trabalhadores e passageiros. Conseqüentemente, os autores perdem de vista os rebatimentos das atribuições de culpa, acusações morais e efeitos práticos de medidas de combate da violência sobre as atividades e condições de existência dos trabalhadores.

Após inventariar os problemas de saúde dos motoristas de ônibus, Belkie & Schnall (1998) apontam a violência no transporte coletivo como o mais comum e importante estressor dessa categoria profissional. Por sua vez, Sykes (1995) discute os determinantes psicológicos, morais e materiais nas agressões de estudantes contra motoristas do transporte escolar gratuito norte-americano. Sem nos oferecer pistas sobre a identidade social dos adolescentes agressores, provavelmente filhos de minorias étnicas discriminadas, a autora relata as formas de os trabalhadores reagirem para evitar agravos pessoais.

Na literatura brasileira, Siqueira et al. (1995) estudaram as características da gestão do transporte coletivo, que geram, minimizam ou multiplicam os conflitos entre operadores e usuários. Os autores vêem os rodoviários como uma categoria que faz um trabalho penoso e altamente regulamentado, mas desfruta de uma autonomia construída, em parte, na contramão do direitos dos usuários (Siqueira et al., 1995: 210). Nesse sentido, os autores subestimam o 'contra-poder' dos usuários, comuns ou 'especiais' (assaltantes), para desacatar normas, levar vantagens e agredir rodoviários.

Abordando os efeitos dos assaltos sobre o psiquismo dos trabalhadores, França (1988) estudou 144 cobradores de uma empresa de transporte de Salvador, terceira cidade do país nessas ocorrências (CNT, 1998). Identificando que quase todos já haviam sido assaltados no trabalho, o estudo encontrou altas prevalências de estresse ocupacional. Assim, enquanto 37,2% se sentiam nervosos, tensos ou preocupados, 30,3% se assustavam com facilidade.

Por conta da metodologia empregada, o estudo chegou à conclusão equivocada de que esses eventos não se diferenciam de outros estressores como atenção com o troco, conflitos com usuários, falta de autonomia sobre o trabalho, pausas insuficientes e outros. Como vamos procurar mostrar, embora as agressões sejam parte do quotidiano

estressor do rodoviário, elas vão além deste por provocarem mortes de trabalhadores (e outras categorias associadas ao trabalho deste) e outros efeitos que aumentam a dificuldade do trabalho e redefinem a gestão do transporte coletivo.

Dito isso, para entender a dinâmica da violência no transporte coletivo, foram entrevistados 130 rodoviários, compreendendo motoristas, cobradores e despachantes (ou controladores de tráfego) de linhas com distintos graus de periculosidade, distribuídas nas três grandes subáreas de Salvador, Baía, Miolo e Orla. Além deles, foram entrevistados 2 diretores do sindicato dos rodoviários, 50 usuários, 9 representantes de empresas e 2 policiais responsáveis pela operação de combate aos assaltos. Para complementar essas informações, foram pesquisadas 88 fichas e 26 inquéritos policiais de assaltantes, referidas ao período 1998 e 1999, assim como o boletim sindical *Transporte*, entre os anos de 1991 e 1999.

Além da introdução e conclusões, o texto contém seis seções que tratam do transporte coletivo, condições de trabalho, relações com o público, formas de violência, efeitos dos assaltos no que se refere a mortes violentas, conflitos trabalhistas e medidas de repressão adotadas.

Panorama do Transporte Coletivo

Para uma população de quase 2.400.000 habitantes e uma área de 710 quilômetros quadrados, Salvador possui uma frota de 2.400 ônibus que, distribuídos em 424 linhas, transportam 36 milhões de passageiros por mês ou mais de um milhão por dia (Seteps, 1998/99).

Aqui, como em outras capitais brasileiras, o uso do ônibus, como o de outros veículos automotores, se generalizou sem as devidas precauções de engenharia, fiscalização e educação de trânsito, para controlar os seus riscos. Além de numerosos acidentes diários, o transporte coletivo apresenta inúmeras deficiências – obsolescência parcial e má distribuição dos veículos, precariedade dos terminais, falta de abrigos para passageiros etc. –, que comprometem sua legitimidade junto ao público, formado por 52% da população urbana que o utiliza (Vasconcelos, 1999).

Nessas circunstâncias, o uso desse transporte reforça a separação material e simbólica entre famílias que possuem automóveis

(23%) e famílias que, não possuindo esse tipo de veículo (23%), são as mais prejudicadas pelas condições de operação dos veículos coletivos (Vasconcelos, 1999).

Se nos anos 90 não se vêem mais movimentos coletivos de depredação dos veículos de transporte (Moisés & Martinez-Alier, 1978), nem por isso os aumentos de tarifas são recebidos passivamente. O peso delas no orçamento dos trabalhadores torna-os sensíveis às elevações de preço que venham aumentar seus custos e obrigá-los a substituir as viagens de ônibus por caminhadas a pé, como já fazem 29% da população urbana (Vasconcelos, 1999). Daí é que se originam muitos atos de resistência quotidiana (Scott, 1990) contra o pagamento das tarifas, em que passageiros entram em conflito com os operadores dos veículos.

As dezoito empresas de ônibus (controladas por treze proprietários) da cidade dispõem de 10.151 funcionários, subdivididos em 4.755 motoristas, 4.879 cobradores (dos quais aproximadamente 1.000 são mulheres) e 610 despachantes (ou controladores de tráfego), os quais, somados com o pessoal de manutenção e administração, totalizam 12.571 funcionários.

No topo desse sistema, a Secretaria Municipal de Transportes Urbanos (SMTU) se encarrega de controlar as condições de operação dos ônibus, especificando linhas, frota, quadros de horários, tarefas e normas de conduta do pessoal de operação. Tal poder de regulamentação da STMU contrasta com sua timidez para melhorar o transporte e a segurança dos veículos (Siqueira et al., 1995).

Empresários e trabalhadores estão representados por sindicatos atuantes. No caso do sindicato dos rodoviários, fundado nos anos 30, a renovação da sua diretoria, em 1990, foi acompanhada pela adoção de uma política combativa que aumentou o poder de barganha salarial, mas não equacionou os problemas de saúde e segurança ocupacional da categoria.

Trabalho de Rodoviário(a)

Depois de ser nicho, durante muito tempo, de trabalhadores do sexo masculino, pouco escolarizados e não-brancos, a ocupação de rodoviário vem se modificando no sentido de admitir mulheres e indivíduos mais escolarizados e brancos que não encontram outros postos de trabalho (Castro & Sá Barreto, 1998).

Uma característica marcante do trabalho dos rodoviários é que eles não atuam em um ambiente fixo, fechado e protegido como os locais de trabalho situados em edificações. Efetivamente, eles só comparecem às garagens das empresas em dois momentos da jornada diária: na hora da chamada 'soltura', quando os ônibus são liberados para o trânsito, e no fim do turno para a prestação de contas. Outra especificidade está relacionada com o contato estreito do rodoviário com um público volátil, que, possuindo como característica comum o uso do transporte, tem acesso indistinto ao interior dos veículos coletivos.

A jornada de trabalho de sete horas e vinte minutos, prolongada através de horas extras, com pausas de quinze minutos entre as viagens, gera desgaste, tensão e insegurança generalizada. Nesse sentido, motoristas e cobradores vivenciam esses problemas de forma diferente.

Gozando de maior prestígio do que os cobradores, os motoristas trabalham na direção do veículo, enfrentando condições de tráfego desfavoráveis, fazendo movimentos repetitivos e atendendo demandas dos passageiros. Menos imobilizados nos seus assentos, os cobradores estão mais em contato com o público do que os motoristas. Entre os cobradores, estão incluídas mil mulheres que, embora valorizadas pela delicadeza e honestidade, são tidas como mais vulneráveis às pressões dos usuários do que homens que ocupam a mesma função.

Apesar de essenciais, as pausas entre as viagens são julgadas insuficientes e comprometidas pelos atrasos nos percursos e pela falta de locais apropriados, levando os trabalhadores a ficarem ao relento ou a utilizarem, contra o regulamento das empresas, as instalações de bares e botecos. Por maior que seja a precariedade, nesses locais é que se desenvolvem a sociabilidade, a troca de informações e os grupos de apoio mútuo.

A gestão do trabalho envolve uma complexa rede que, além das empresas, inclui um órgão público gestor e as centrais de reclamação dos usuários. Um poderoso auxiliar para isso são aparelhos que, a exemplo de tacógrafos, *drive-master* e validadores, fazem o registro minucioso dos percursos dos rodoviários.

Ademais, dois tipos de fiscais, o fiscal secreto e o controlador de tráfego (ou despachante), se encarregam do gerenciamento do trabalho. Enquanto os fiscais secretos avaliam a conduta dos rodoviários nos percursos, os despachantes ficam localizados nos fins de linha, onde, através da autoridade e negociação, controlam o tempo de trabalho, trocas de turno, recolhimento dos carros e entrega do dinheiro para as empresas.

Pressionados por todos os lados, os rodoviários desenvolveram uma visão crítica do trabalho efetuado para empresas, que, só visando ao lucro, não demonstram preocupação com o bem-estar de seus empregados. Tal ponto de vista ganha mais concretude na fala de um motorista, Fortunato, 48 anos, negro, quando desabafa sobre o seu dia-a-dia na condução de um veículo coletivo:

> *a gente é um escravo, cem por cento (...) qualquer mínimo de erro a gente tá levando (...) é polícia que bate em motorista, agressão (...) se você for tratar como é de direito você leva (...) tem que ser maleável (...) inclusive na empresa, independente de sexo, é punido, fica fora de escala, tudo é proibido, não tem direito, a gente trabalha sob pressão.*

São essas condições de trabalho que geram estresse (França, Santos & Rubino, 1998) e outras doenças citadas pelos trabalhadores. Tecendo comentários sobre esses males, Roberto, 36 anos, pardo, cobrador, declarou que "a pessoa entra sã e sai doente do colesterol, sistema nervoso e falta de compreensão dos passageiros". Gerando muitos atritos, as relações com os usuários constituem um dos pontos mais críticos da ocupação.

Comunidades Flutuantes

Se as condições de trânsito e operação dos veículos são um incentivo para a incivilidade, não se pode desprezar a postura dos trabalhadores de transferir ('descontar') sua insatisfação para o público. Expressando resistência contra as condições de trabalho, os atos de imprudência no trânsito e os destratos dos passageiros são uma válvula de escape que, antipatizando a categoria junto ao público, gera hostilidade contra ela.

Quanto aos usuários, a insatisfação deles com os descompassos entre oferta e demanda de veículos, as esperas prolongadas em paradas sem abrigos e policiamento, a superlotação dos veículos, os engarrafamentos e o calor interno excessivo, leva-os a adotar condutas agressivas uns com os outros e com os rodoviários.

Essas reações acendem conflitos como os que se vêem nos itinerários dos bairros populares do Miolo e da Baía, onde o transporte coletivo é mais precário, ou nos dias do fim de semana, festas ou jogos de futebol. Nessas situações, usuários excitados fazem música e

brincadeiras, mas também provocam brigas e cometem atos de vandalismo – quebra de vidros e assentos, pichamentos etc. –, cujos prejuízos, atingindo R$ 1.500,00 mensais para uma das empresas entrevistadas, superam o valor roubado nos assaltos.

Esses conflitos se exacerbam nas situações em que os passageiros procuram, às custas dos cobradores, sonegar o pagamento das tarifas ('calote') por economia ('defender o dinheiro') ou afirmação de um direito exclusivista. Em contraste com a liberação voluntária de pagamento da passagem ou carona, que agrada conhecidos, mas causa ressentimento e legitima a sonegação entre estranhos, o calote é uma afronta ao trabalhador por passageiros em grupo ou armados. Causando prejuízos financeiros e agressões físicas, como espancamentos e apedrejamentos dos que tentam resistir, essa forma de sonegação é tida como uma violência insuportável por acontecer sob as vistas de espectadores.

Semelhante ao calote no que se refere ao prejuízo financeiro causado ao rodoviário, a extorsão ('pedágio') praticada por marginais é menos humilhante. Diante da possibilidade sempre presente de extorsão, o cobrador já separa o dinheiro de uma (ou duas tarifas) para pagá-la. Embora também o limite da recusa seja a violência, às vezes precedida por rixas, nas quais o rodoviário é lembrado ('marcado') para apanhar, o pedágio não é percebido como um ato violento. Acontecendo através de um acordo tácito, o pedágio exclui em princípio a desmoralização presente no calote.

Conquanto lanceiros e cobradores de pedágio, que foram os primeiros a mostrar o caminho para 'ganhar dinheiro' no transporte coletivo, continuem a fazer parte do cenário dos ônibus, eles vêm cedendo lugar a uma nova geração de bandidos. Figurando nas estatísticas policiais, pela primeira vez, em 1990, esses bandidos empregam (ou simulam empregar) armas de fogo para roubar a arrecadação dos veículos e pertences dos passageiros. Conhecidos também como 'vezeiros', esses assaltantes – responsáveis por uma média de 2.000 ocorrências por ano, nos últimos dez anos – se tornaram o principal risco da profissão (Tabela 1).

A Féria ou a Vida

Embora não seja possível estimar todas fatalidades verificadas em uma década de assaltos, as cifras do sindicato dos rodoviários e da

polícia assinalam a morte de 67 pessoas nesse tipo de ocorrência. Entre essas, o sindicato contabilizou 24 rodoviários mortos, de 1990 a 1996, enquanto a polícia registrou, de 1995 a 1999, 42 vítimas fatais distribuídas entre trabalhadores e passageiros (18), policiais (5) e assaltantes (20) (Tabela 1).

Supondo que aos 24 rodoviários mortos, entre 1990 e 1996, sejam adicionados, pelo menos, mais 8 vítimas, no período de 1996 a 1999, teremos 32 fatalidades entre os trabalhadores. Isso faz com que os rodoviários sejam o segundo grupo mais vitimado, depois dos assaltantes, pelas ocorrências. Ou seja, enquanto o número de trabalhadores mortos está distribuído ao longo do período, as vinte mortes de assaltantes estão concentradas em apenas dez meses (janeiro a outubro) de 1999.

Essas mortes verificadas no transporte coletivo remetem para a importante discussão acerca dos fatores interacionais que influenciam na letalidade dos assaltos (Niosh, 1996).

Tabela 1 – Número de ocorrências, valores roubados e fatalidades nos assaltos de ônibus. Salvador – 1990-1999

Anos	Ocorrências	Valores	Média	Fatalidades por fontes				
		(R$)	(R$)	A[3]	B[4]	B[5]	B[6]	A+B+B+B
1990	539	*	*	*	*	*	*	*
1991	964	*	*	*	*	*	*	*
1992	1.285	*	*	*	*	*	*	*
1993	1.476	*	*	*	*	*	*	*
1994	1.530	*	*	*	*	*	*	*
1995	934	*	*	*	*	1	*	1
1996	2.210	155.274,01[2]	70,3	*	7	*	*	7
1997	4.219	345.623,47	81,9	*	2	*	*	2
1998	4.745	333.563,78	70,3	*	7	4	*	11
1999[1]	2.670	224.023,24	83,9	*	2	*	20	20
Total	20.572	1.058.484,50	51,5	24	18	5	20	67

* Sem informação.
[1] De janeiro a setembro de 1999.
[2] Só inclui os valores computados entre maio e dezembro de 1996.
[3] Dados do Sindicato dos Rodoviários que incluem apenas os rodoviários mortos entre 1990 e 1996, sem especificação de ano.
[4] Dados da Polícia Militar que agregam rodoviários e passageiros mortos.
[5] Dados da Polícia Militar que incluem somente os policiais mortos.
[6] Dados da Polícia Militar sobre assaltantes mortos.

Fonte: Polícia Civil, Polícia Militar e Sindicatos das Empresas e dos Rodoviários.

Ora, nos vários tipos de assalto de ônibus – contra o cobrador ou extensivos a outros ocupantes dos veículos –, os infratores trabalham para criar a ilusão da morte (ou dano) iminente da vítima, com uma performance agressiva que visa a obter o consentimento daquela (Wright & Decker, 1997). Contudo, entre a intenção e o resultado, há dificuldades que, comprometendo a qualidade da representação, precipitam finais desastrosos para os participantes: uso de armas de fogo, reações confusas julgadas perigosas das vítimas, nervosismo dos ladrões, tentativas de contra-ataques e presença de outras pessoas armadas nos ônibus.

Vistas como um fator determinante da letalidade das agressões ocupacionais (Niosh, 1996), as armas de fogo nem sempre estão presentes nos assaltos de ônibus. Ao lado de indivíduos que empregam essas armas para submeter as vítimas – com uma ordem de rendição ('voz de assalto'), que é o orgulho do bandido (Paes Machado et al. 1997; Paes Machado & Tapparelli, 1997) –, um quarto dos infratores não porta armas de fogo (Bahia, 1999).

Na ausência desse tipo de arma, uma parte dos ladrões emprega, por amadorismo, falta de dinheiro ou não querer maiores complicações legais, armas brancas, faz menção de trazer armas escondidas ou carrega revólveres de brinquedo. Poupando as vítimas, mas abusando da representação, ladrões desarmados arriscam ser apreendidos, espancados ou mortos por passageiros irados, inclusive por terem sido enganados, ou pela própria polícia.

Para reduzir, mas sem eliminar de todo, o risco de serem dominados pelos ocupantes dos veículos, infratores precavidos não abrem mão de armas de fogo. O uso da força, em certos casos, pode ir além da pura rendição, como em cenas que os assaltantes, visando à imobilização completa das vítimas, ordenam que estas tirem as roupas.

Essa dramaturgia, no entanto, tem suas desvantagens. Por aumentar o medo, exigir mais autocontrole e capacidade de improvisação, ela produz reações confusas, julgadas perigosas pelos assaltantes, que favorecem agressões contra as vítimas, como relatou Lúcia, 39 anos, parda, cobradora, ao falar sobre dois colegas mortos 'por besteira':

> *Um deles [estava com] o dinheiro no bolso de trás da calça. Quando o assaltante pediu o dinheiro, ele foi pegar, aí o assaltante achou que ia pegar uma arma e atirou nele. O outro colega de trabalho já*

tinha sido assaltado e ainda estava pagando o prejuízo para a empresa. Então quando o assaltante chegou para pedir o dinheiro, ele falou: – "Você de novo!" O assaltante foi, pegou o dinheiro, desceu pela porta de trás e deu um tiro nele, na certa com medo de que ele o identificasse.

Essa dificuldade de continuar a representação, nem que seja através do improviso, é de todos. Do lado dos assaltantes, quanto mais estes são capazes de evitar o estado de medo, pânico, mais eles sabem distinguir, no comportamento das vítimas, verdadeiras ameaças de reações confusas.

Isso não é o que acontece com delinqüentes amadores, sob forte tensão ou efeito de substâncias psicoativas, os quais têm mais facilidade para disparar o gatilho do que outros indivíduos. Esse parece ter sido o caso de dois adolescentes, de 16 e 17 anos, que, estando fora de si ou nervosos, assassinaram duas rodoviárias, uma por estar sem dinheiro e a outra por tentar reagir, segundo Gildo, 32 anos, pardo, despachante.

Enquanto muita gente, em sã consciência, logra superar o choque da agressão, relativizar a perda de valores pessoais e cooperar com os assaltantes, um número menor de indivíduos, na maior parte do sexo masculino, parte para o contra-ataque. Vendo a possibilidade de tirar vantagens da fraqueza ou desatenção dos assaltantes, rodoviários e passageiros se atracam com estes para tentar dominá-los. Ao lado de tentativas bem-sucedidas, há fracassos que culminam na morte dos contra-atacantes.

Um agravante desse quadro de violência decorre da presença de passageiros armados, fazendo dos veículos um campo de batalha de uma guerra que provoca baixas entre todos os que estão no interior do ônibus (Setesp, 1996). Tal uso de armas deve ser visto em um contexto maior de disseminação das mesmas, seja como alternativa de autodefesa, seja como meio de trabalho (o caso dos vigilantes), seja para delitos contra a lei.

Tratando-se de um quadro grave para todos que trabalham ou utilizam os veículos coletivos como meio de transporte, os assaltos, entre outros impactos (Paes Machado & Levenstein, 1999), acirraram tensões entre patrões e empregados e geraram protestos da parte dos trabalhadores.

Conflitos Trabalhistas

Os conflitos entre patrões e empregados são decorrentes da posição dos primeiros quanto ao pagamento de roubos. Com um prejuízo médio mensal irrisório, de menos de um mil e quinhentos reais em 1998, as empresas não se sentem motivadas a fazer um seguro específico contra assaltos, entretanto, tampouco estão dispostas a arcar sozinhas com essas perdas. A justificativa para as empresas repassarem pelo menos 55% desses prejuízos, segundo diretor sindical, para os empregados decorre da postura impositiva em relação a estes.

Por um lado, as empresas acham que prestam um grande serviço contratando empregados, razão pela qual estes devem assumir os riscos dos assaltos. Por outro, confrontadas com perdas na arrecadação, que podem vir a comprometer a rentabilidade, as empresas intensificam a pressão sobre os cobradores. Trata-se de forçar o rodoviário a aumentar os cuidados com o dinheiro das passagens, dificultando o 'trabalho' dos ladrões e reduzindo as chances de o empregado extrair vantagens pessoais através da subdeclaração do valor roubado ou da cumplicidade com os infratores. De acordo com essas possibilidades, os cobradores, do segundo e terceiro turno, devem depositar uma parte da arrecadação em cofres, que só são abertos nas garagens das empresas, ou improvisar lugares, que podem ser a parte dianteira do ônibus ou as roupas íntimas.

Ora, se esses expedientes funcionam em assaltos breves, em que os ladrões levam o que podem, o mesmo não se aplica às ocorrências em que os assaltantes dispõem de tempo para maximizar seus ganhos. Diante o dilema da féria ou a vida, o preço da integridade física, para o trabalhador, é a sanção de ter de ressarcir o valor roubado que ultrapasse a importância de R$ 80,00 ou cem tarifas de ônibus por meio de descontos dos contracheques.

Quanto aos cobradores dos ônibus do primeiro turno – que só são recolhidos no final do turno seguinte – eles não depositam o dinheiro arrecadado no cofre para evitar que este se misture com a arrecadação do segundo turno, mas são obrigados igualmente a pagar se não tiverem testemunhas oculares, fato que é comum, como vimos, nos assaltos individuais.

Além de disputas trabalhistas provocadas, segundo o mesmo dirigente sindical, pela cobiça dos patrões e ingenuidade dos empregados,

esse estado de coisas motivou mobilizações que, começando em 1992, atingiram seu clímax nos protestos verificados, entre 1995 e 1996, contra a morte de vários rodoviários. Envolvendo a realização de trinta paralisações, acompanhadas por apelos aos ladrões para não matarem rodoviários, essa campanha deu visibilidade pública a um problema considerado, até esse momento, como exclusivo dos trabalhadores e usuários mais pobres do transporte coletivo.

Um efeito dessa campanha foi a retirada dos painéis de propaganda dos pára-brisas traseiros, que comprometiam a visibilidade do interior dos veículos, e a adoção desigual, e não muito eficaz, de outras medidas de segurança interna dos ônibus – alarmes luminosos, cofres reforçados etc. O outro efeito foi a criação de uma operação policial de combate aos roubos de coletivos, em fins de 1997, cujos resultados são apresentados a seguir.

A Repressão aos Assaltos

Como resposta às pressões da opinião pública, as autoridades destacaram um efetivo de 250 policiais para fazer a vigilância dos ônibus. Empregando uma estratégia de combinar pontos fixos de abordagens com rondas policiais móveis, essa operação logrou acabar, no final de dois anos, com os assaltos nos fins de linha, mas não impediu que eles se multiplicassem em outros pontos dos trajetos dos ônibus (Mário, 42 anos, oficial da polícia, pardo).

A explicação para isso reside na impunidade das redes criminosas vinculadas aos assaltos, desarticulação entre as polícias militar e civil e falta de estrutura desta última – condições de trabalho, recursos humanos e materiais – para efetivar o fichamento, registro de flagrantes e indiciamento de culpados. Uma prova disso é o baixo número de inquéritos realizados em 1999, levando em conta que, para 1.869 ocorrências de assaltos entre janeiro e julho do corrente ano, foram efetuados apenas 26 inquéritos.

Na dificuldade de reverter esse quadro, o aparelho de segurança adotou medidas drásticas que parecem ser, inclusive para os rodoviários, as únicas eficazes para demover os infratores. Podendo ser vista como o reverso da inoperância policial e judicial, essa orientação se expressa tanto no número elevado de óbitos entre estes – vinte delinquentes ao

longo de 1999, para cinco policiais entre 1995 e 1999 – quanto na generalização do verbo ‘tombar’, aplicado a coisas que caem, para nomear as mortes provocadas pelas ações da polícia. Mais do que uma punição, essas execuções são um aviso aos infratores sobreviventes do destino que lhes aguarda se continuarem investindo contra os ônibus.

A esse esforço, complementado pela manipulação oficial das cifras das ocorrências, deve ser creditado o decréscimo de quase 1.500 assaltos ocorridos em 1999, com respeito aos dois anos anteriores. Na falta de evidências para afirmar que os assaltos vão continuar caindo, o mais provável é que eles se estabilizem em um patamar menor, mas ainda assim significativo para a frota de 2.400 ônibus.

Em outros termos, os assaltos de ônibus devem persistir como modalidade de ganho de dinheiro rápido entre jovens pobres e desempregados, mas não no mesmo número e intensidade de antes, quando um só assaltante chegava a cometer três ou quatro assaltos por dia. Em virtude das novas dificuldades, os bandidos devem redimensionar suas ações, adotando estratégias mais cuidadosas e, provavelmente, mais violentas.

De modo complementar, eles devem diversificar suas atividades predatórias, mas manter a preferência, que está no cerne da violência ocupacional nos ônibus, por alvos móveis, que são roubados e, ao mesmo tempo, usados como meio de fuga – táxis, furgões, caminhões etc.

Como a polícia, por sua vez, dificilmente modificará sua orientação, deve-se prever também a continuação das mortes decorrentes da violência ocupacional no transporte coletivo.

Conclusões

No exame das manifestações de violência no transporte coletivo de uma metrópole brasileira, nos debruçamos sobre disputas, individuais e coletivas, ligadas à apropriação e ao uso de recursos materiais. Além de muitos usuários não quererem pagar as tarifas do transporte, jovens assaltantes disputam uma pequena parcela da liquidez financeira das empresas através de atos de violência contra trabalhadores e clientes das mesmas.

Nesse ambiente visado e degradado, além de sofrerem fatalidades, os rodoviários desenvolveram patologias ocupacionais, estados de medo, conflitos de identidade e sentimentos persecutórios (Paes Machado & Levenstein, 1999), que não são estranhos ao fato de eles serem vistos como culpados, aproveitadores e responsáveis pelo pagamento dos prejuízos financeiros dos assaltos.

Sob esse impacto, a gestão do transporte, que já era coletiva por envolver patrões, gestores públicos, empregados e usuários, foi ampliada e modificada com a incorporação do aparelho de segurança pública, por meio da aplicação de técnicas de vigilância sobre trabalhadores e passageiros.

Não é sem razão que os rodoviários se voltem contra assaltantes oriundos, na maior parte das vezes, do mesmo meio social e étnico que eles. Assim, apesar de os entrevistados compreenderem os motivos sociais dos infratores, a tensão e o medo, aliados à penalização financeira e à descrença na justiça criminal, falam mais alto e leva-os a aprovar a execução dos agressores.

Não havendo motivos para acreditar que essa ou outras medidas venham a acabar com as ocorrências, torna-se urgente a produção de informações para dimensionar, explicar e intervir sobre os elevados níveis de violência ocupacional hoje existentes. Também devem ser implementadas ações capazes de oferecer alternativas que desestimulem o ingresso de jovens pobres em atividades predatórias contra trabalhadores e usuários da economia de serviços.

Referências Bibliográficas

BAHIA. SSP (Secretaria de Segurança Pública). Polícia Civil do Estado. *Inquéritos Policiais*. Salvador, [s.n.], 1999.

BAHIA. SSP (Secretaria de Segurança Pública). Polícia Militar do Estado. *Álbuns de Fotografias de Assaltantes de Ônibus, 1998-1999*. Salvador, 1999.

BELKIE, K. & SCHNALL, P. On a San Francisco public transportation line: burden and consequences upon the human operator. In: BELKIE, K. & SCHALL, P. (Eds.) *San Francisco Bus Drivers Study*. São Francisco: San Francisco Municipal Railway, 1998.

CASTRO, N. & SÁ BARRETO, V. (Orgs.) *Trabalho e Desigualdades Sociais*. São Paulo: Annablume/A Cor da Bahia, 1998.

FRANÇA, A.; SANTOS, C. & RUBINO, P. *Violência no Trabalho e Sofrimento Mental*. Salvador: Ufba, 1998. (Mimeo.)

MOISÉS, J. A. & MARTINEZ-ALIER, V. A revolta dos suburbanos ou 'patrão, o trem atrasou'. In: Centro de Estudos e de Cultura Contemporânea (Org.) *Contradições Urbanas e Movimentos Sociais*. Rio de Janeiro: Cedec/Paz e Terra, 1978.

NEUMAN, J. H. & BARON, R. A. Workplace violence and workplace aggression: evidence concerning specific forms, potential causes and preferred targets. *Journal of Management*, 24(3), may-jun., 1998.

NIOSH (National Institut of Occupational Safety and Health). Violence in the workplace. *CIB (Current Intelligence Bulletin)*, 57. Cincinnati: Department of Health and Human Services, 1996.

NORONHA, C. V.; PAES MACHADO, E. & TAPPARELLI E. Violência, etnia e cor: um estudo dos diferenciais na região metropolitana de Salvador, Bahia, Brasil'. *Pan American Journal of Public Health*, 5 (4-5): 268-278, 1999.

PAES MACHADO, E. & LEVENSTEIN, C. Assaltantes a bordo: violência no trabalho, tensão racial e (in)segurança no transporte coletivo de Salvador, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(5): 1215-1227, 1999.

PAES MACHADO, E. & TAPPARELLI, G. Violência juvenil, infração e morte nas quadrilhas de Salvador. *Cadernos CEAS*, 165: 63-68, 1997.

PAES MACHADO, E. et al. No olho do furacão: brutalidade policial, discriminação racial e controle da violência em Salvador. *Revista Afro-Ásia*, 19/20: 201-226, 1997.

SCOTT, J. C. *Domination and the Arts of Resistance*. Yale: Yale University Press, 1990.

SETEPS (SINDICATO DAS EMPRESAS DE TRANSPORTE DE SALVADOR). Relatórios sobre assaltos de ônibus (dados coletados através das fichas das ocorrências). Salvador, 1998/1999.

STTR (SINDICATO DOS RODOVIÁRIOS DO ESTADO DA BAHIA). *Boletim Transporte*, 7. Salvador, 15 jun. 1996.

SIQUEIRA, M. et al. *Os Ônibus e seus Donos: relações de poder no transporte coletivo de Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Cepead/Face/UFMG, 1995.

SYKES, J. T. *Preventing injuries to school bus drivers from violence on the job.* Boston, 1995. (Mimeo.)

VASCONCELOS, L. Grande desafio é enfrentar o atraso. A *Tarde*, São Paulo, 29 mar. 1999. Caderno Especial, p. 3.

WRIGHT, R. T. & DECKER, S. H. *Armed Robbers in Action.* Boston: Northeastern University Press, 1997.

25 Qualidade de Vida no Trabalho e Saúde do Trabalhador: uma visão crítica

Francisco Antonio de Castro Lacaz

Introdução

Qualidade de vida no trabalho (QVT) é uma terminologia que tem sido largamente difundida nos últimos anos, inclusive no Brasil. Ao incorporar uma certa imprecisão conceitual, essa terminologia dá margem a uma série de práticas que estão nela contidas, as quais ora se aproximam, ora se confundem com qualidade de processo e de produto, através dos programas de qualidade total, que hoje impregnam as propostas de práticas empresariais (Rodrigues, 1991).

Se a origem do termo pode ser encontrada no longínquo pós II Guerra Mundial, como conseqüência da implantação do Plano Marshall na reconstrução da Europa (Vieira, 1993), a trajetória da sua definição tem passado por vários enfoques que enfatizam tanto aspectos da reação individual do trabalhador às experiências de trabalho (anos 60), quanto aspectos de melhoria das condições e ambientes de trabalho, visando a maior satisfação e produtividade (anos 70) (Rodrigues, 1991). Aliada a esta última abordagem, a QVT também é vista como um 'movimento', no qual a utilização de termos, como 'gerenciamento participativo' e 'democracia industrial' são com freqüência adotados como ideais (meados dos anos 70) (Zavattaro, 1999). O termo adquire ainda importância como um conceito 'globalizante' para enfrentar as questões ligadas à produtividade e à qualidade (anos 80) (Zavattaro, 1999).

Observa-se, portanto, que a QVT dialoga com noções, como motivação, participação, satisfação, e também com saúde e segurança no trabalho, envolvendo discussões mais recentes sobre novas formas de organização do trabalho e tecnologias (Sato, 1999).

Interessa-nos discutir a vertente que prioriza as condições e a 'organização do trabalho', advogada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT). Trata-se da proposta lançada em 1976, que fomenta o desenvolvimento do Programa Internacional para o Melhoramento das Condições e dos Ambientes de Trabalho (Piact). Na verdade, é uma proposta programática que procura articular duas

> tendências: uma dirigida ao melhoramento da qualidade geral de vida como uma aspiração básica para a humanidade hoje e que ***não*** pode sofrer solução de continuidade no portão da fábrica. (...); a outra, concernente a uma maior *participação dos trabalhadores* nas decisões que diretamente dizem respeito à sua vida profissional. (Mendes, 1988: 15) (Grifos do autor)

Surgida na esteira da cada vez maior mobilização dos trabalhadores europeus pelos seus direitos no trabalho, no final dos 60 e início dos 70 do último século, a Piact incorpora tais demandas. Reflexo disso é que, a partir dos anos 80, consolida-se uma tendência que baseia a QVT na maior participação do trabalhador na empresa, na perspectiva de tornar o trabalho mais humanizado, em que os trabalhadores são vistos como sujeitos, estando sua realização calcada no desenvolvimento de suas potencialidades (Malvezzi apud Zavattaro, 1999).

Trata-se, então, de uma empreitada que busca 'superar' a mera prevenção dos acidentes e doenças tidos como 'diretamente' relacionados ao trabalho, para avançar na discussão dos agravos relacionados ao trabalho, que, conforme proposição do National Institut of Occupational Safety and Health (Niosh) (1982) (Quadro 1), incorpora grupos de doenças e acidentes que também ocorrem na população geral, mas, em determinadas categorias de trabalhadores, adquirem um perfil patológico diferenciado.

Expressando essas preocupações, o Piact já propunha uma estratégia de intervenção sobre o 'processo de trabalho', ou seja, "a *carga de trabalho*, a duração da jornada, (...) a organização e o conteúdo do trabalho e a escolha da tecnologia" (Mendes, 1988: 15) (Grifos do autor).

Observa-se, pois, que estamos falando de um discurso que toca na democracia nos locais de trabalho, como defendiam os trabalhadores escandinavos no início da década de 70 (Ortsman, 1984). Já no extremo oposto, a QVT lida com práticas que pouco interferem na organização do trabalho e, em sua vertente 'individualista', incentiva a

prática de hábitos de vida saudáveis (Sato, 1999). Se, em princípio, não podemos nos colocar contra tais iniciativas, é mister apontar que elas não atingem as relações e a organização do processo de trabalho, categoria que, entendemos, é central para explicar muitos dos problemas atuais de saúde dos trabalhadores.

Quadro 1 – Dez principais grupos de doenças e acidentes relacionados ao trabalho. EUA – 1982

1. Doenças pulmonares: asbestose, bissinose, silicose, pneumoconiose dos trabalhadores do carvão, câncer de pulmão, asma ocupacional.
2. Lesões músculo-esqueléticas: distúrbios da coluna lombar, do tronco, extremidades superiores, pescoço, extremidades inferiores, fenômeno de Raynaud traumaticamente induzido.
3. Cânceres ocupacionais (outros que não de pulmão): leucemia, mesotelioma, câncer de bexiga, de nariz e de fígado.
4. Amputações, fraturas, traumas oculares e politraumatismos.
5. Doenças cardiovasculares: hipertensão, coronariopatias e infarto agudo do miocárdio.
6. Distúrbios da reprodução: infertilidade, abortamento espontâneo, teratogênese.
7. Distúrbios neurotóxicos: neuropatias periféricas, encefalites tóxicas, psicoses, alterações de personalidade (relacionadas a exposições ocupacionais).
8. Perdas auditivas relacionadas com exposição a barulho excessivo.
9. Afecções dermatológicas: dermatoses, queimaduras térmicas e químicas, contusões (abrasões).
10. Distúrbios da esfera psíquica: neuroses, distúrbios de personalidade, alcoolismo, dependência de drogas.

Fonte: Niosh apud Mendes (1986).

Assim, a idéia de QVT procura amalgamar interesses diversos e contraditórios, seja em empresas públicas ou privadas, interesses estes que não se resumem apenas aos do capital e do trabalho, mais sim àqueles relativos ao mundo subjetivo (desejos, vivências, sentimentos), aos valores, às crenças, às ideologias e também aos interesses econômicos e políticos (Sato, 1999).

Ocorre, porém, que a possibilidade de abarcar tal gama de questões e demandas envolve uma rede e um mecanismo complexo de relações, em que a atuação dos trabalhadores adquire papel fundamental. A propósito disso, Ciborra & Lanzara (1985), assessores de

uma central sindical italiana, criticam a noção de qualidade de vida no trabalho e propõem a terminologia 'qualidade do trabalho' – mais adequada, na medida em que procura incluir todas as características de uma certa atividade humana – apontando que ela encerra uma concepção clínica, voltada para a mudança de hábitos de vida, por isso atribuindo ao próprio trabalhador a responsabilidade de se adaptar de modo a 'otimizar' sua qualidade de vida e também de trabalho, o que abre caminho para uma velha postura ideológica: a culpabilização da vítima (Lacaz, 1983).

No caso do Brasil, as políticas empresariais de programas de qualidade, conforme aponta Heloani (1994), são caracterizadas por envolver mecanismos de controle da percepção e da subjetividade para 'enquadrar' os trabalhadores mediante engrenagens que têm por objetivo entranhar o seu inconsciente, visando à introjeção das normas e metas da empresa.

Do lado dos trabalhadores, se considerarmos a história recente do movimento sindical, que data do final dos anos 70 e início dos 80, veremos que a QV (no trabalho) não foi uma bandeira de luta, mas sim de melhoria das condições de trabalho e da saúde como direito de cidadania (Ribeiro & Lacaz, 1984). Não seria por isso mesmo que pode ser usada para se contrapor ao discurso sobre a saúde defendido por parcela importante do movimento sindical de trabalhadores que, entre nós, sedimentou-se sobre uma plataforma claramente 'política' para dar conta da determinação do processo saúde/doença (Rebouças et al., 1989)?

Qualidade de Vida no Trabalho: um conceito e prática instrumentais

São várias as definições do termo, ora associando-o às características intrínsecas das tecnologias introduzidas e ao seu impacto; ora associando-o a aspectos econômicos, como o salário, incentivos, abonos, ou a fatores de saúde física e mental e segurança e, em geral, ao bem-estar daqueles que trabalham. Em outros casos, considera-se que é

> determinada por fatores psicológicos como grau de *criatividade*, de *autonomia*, de flexibilidade de que os trabalhadores podem desfrutar

> ou (...) fatores organizativos e *políticos* como a quantidade de *controle pessoal* sobre o posto de trabalho ou a quantidade de **poder** que os trabalhadores podem exercitar sobre o ambiente (...) a partir de seu posto de trabalho. (Ciborra & Lanzara, 1985: 25) (Grifos nossos)

Do ponto de vista do planejamento do trabalho, a categoria qualidade do trabalho também apresenta nuanças problemáticas, quando envolve questões abstratas, que desconsideram as relações concretas de produção no cotidiano do trabalho dos atores sociais Assim, tais questões conceituais sobre qualidade do trabalho consubstanciam-se, ainda conforme apontam Ciborra & Lanzara (1985: 25):

> De um lado por não parecer ser definida a partir de concepções explícitas que os atores da organização têm acerca de sua vida de trabalho, se assume que a dimensão qualitativa do trabalho envolve relações econômicas entre os indivíduos e a empresa e, de outro, pelos problemas básicos de saúde e segurança do posto de trabalho.

Além disso, para tais autores, até as normativas e definições legais acabam assumindo caráter de abstrações sem sentido na vida dos trabalhadores, ao que se aliam outras abstrações: as normas empresariais de procedimentos automatizados, chegando ao limite da introjeção em que os únicos com capacidade para falar de qualidade de trabalho são os membros da empresa que, ao construírem com sua prática diária o que é a empresa, determinam as tecnologias empregadas e a qualidade do universo em que vivem.

Para nós, falar de QVT é, em última instância, buscar a humanização do trabalho, um dos pressupostos do campo de práticas e saberes informado pelo encontro das formulações emanadas da saúde coletiva, da medicina social latino-americana (Laurell, 1991), campo este denominado saúde do trabalhador, conforme aponta Lacaz (1996).

Diante dessas assertivas, percebe-se que dos aspectos que envolvem a definição e a realização da qualidade do trabalho, o 'controle', que engloba a 'autonomia', e o 'poder', que os trabalhadores têm sobre os processos de trabalho, neles incluídas questões de saúde, segurança e suas relações com a organização do trabalho, são elementos fundamentais e o foco principal que explica ou mesmo determina a qualidade de vida das pessoas. E, frisamos, elas

são o que são, e as condições, ambientes e organização do processo de trabalho devem respeitá-las.

Estamos entendendo a noção de controle como a possibilidade de os trabalhadores conhecerem o que os incomoda, o que os fazem sofrer, adoecer, morrer e acidentar-se, e de interferir em tal realidade. Controlar as condições e a organização do trabalho implica, portanto, a possibilidade de serem sujeitos na situação. E, o exercício do controle tem tanto uma face objetiva (poder e familiaridade com o trabalho) como uma face subjetiva, ou seja, o limite que cada um suporta das exigências do trabalho.

Os problemas afetos à temática da organização (divisão de tarefas, de homens, de tempo e de espaço) e do (re)planejamento do trabalho são também da maior relevância para que seja colocada de maneira produtiva e objetiva a discussão sobre qualidade do trabalho.

É imperioso discutirmos como o controle e a disciplina fabris, num extremo e, no outro, a gestão participativa com a possibilidade de abertura de canais de negociação capital-trabalho que levem à busca do encaminhamento das contradições e conflitos de interesses no trabalho, podem interferir na sua resolução sob uma ótica 'coletiva', visto que, quando falamos de saúde e qualidade 'no' trabalho, é sob este prisma que, advogamos, devem ser tratadas as questões a elas relacionadas. É, pois, equivocado basear a solução dos aspectos que interferem neste binômio em medidas de ordem 'individual' como propõem os programas de qualidade difundidos pelas empresas, dada sua ineficácia e por serem questionáveis seus pressupostos, como apontado anteriormente.

Trata-se, portanto, de redirecionar o foco do debate e colocá-lo no âmbito 'coletivo' das relações sociais de trabalho, que se estabelecem no processo produtivo, para que fórmulas simplistas não sejam priorizadas quando se objetiva enfrentar a complexidade das questões que envolvem a temática aqui analisada.

Na perspectiva de ampliar o foco de luz sobre esta temática, é esclarecedor atentar para o que observa Cattani (1997) no que diz respeito à autonomia, ao controle e ao poder dos trabalhadores (d)no processo de trabalho.

Trata-se da antiga discussão do que representa a disciplina fabril sobre o tempo disponível e a vida dos operários com o advento da

chamada Revolução Industrial na Europa Ocidental, o que veio sofisticando-se com as mudanças introduzidas a partir das novas formas de organização do trabalho (Cohn & Marsiglia, 1994) que se consubstanciam hoje no que se denomina reestruturação produtiva, sempre visando à cada vez maior produtividade e à competitividade de mercado (Gorender, 1997).

Do simples relógio da fábrica que regulava a hora de acordar e de dormir da família operária, ao cronômetro, base da intervenção 'racional' sobre o trabalho construída e difundida por Taylor, houve um disciplinamento e assujeitamento (Foucault, 1994) que se sofisticaram e se aprofundaram na disciplina fabril, a qual ganhou cores mais vivas, constituindo-se nos pilares das propostas de organização e gestão do trabalho ainda sob o taylorismo e, posteriormente, sob o fordismo e o modelo japonês (toyotismo) (Antunes, 1995; Hirata & Zarifian, 1991).

Vários estudos epidemiológicos e qualitativos têm mostrado a importância da falta de controle e de autonomia dos trabalhadores sobre a organização do trabalho para explicar diversos problemas de saúde, como os cardiovasculares, gastrointestinais, o sofrimento mental e mesmo os acidentes do trabalho (Gardell, 1982; Karasek, 1979; Karasek et al., 1981; Marmot & Theorell, 1988; Olsen & Kristensen, 1991; Seligmann-Silva, 1997; Vezina, 1998; Wünsch Filho, 1998). É disso que vamos tratar a seguir.

Perfil Patológico e Mudanças da Qualidade n(d)o Trabalho: os diferentes modelos explicativos

Melhorar a qualidade das condições de saúde no trabalho a partir do enfoque anteriormente discutido implica identificar os problemas em cada situação, com a 'participação' efetiva dos sujeitos do processo de trabalho, e replanejar, o que envolve sempre um processo de negociação (Laurell & Noriega, 1989).

Não há, apenas um modo 'racional' de fazer o trabalho, há diversos. Diante disso, não é apenas aos gestores que deve caber o papel de pensar e replanejar o trabalho. Assim, nele devem estar envolvidos também os trabalhadores produtivos para, no limite, romper-se a separação, advinda da administração racional, entre o planejamento e a execução de qualquer trabalho (Laurell & Noriega, 1989; Sato, 1999).

Consideramos que trabalho prazeroso é aquele em que cabe ao trabalhador uma parte importante da sua concepção. Assim, a inventividade, a criatividade, a capacidade de solucionar problemas, o emprego da inteligência e do 'ócio' são aspectos a serem buscados. É disso que fala De Masi (1999) quando estuda as principais experiências criativas de trabalho entre meados do século XIX e do século XX, tanto em empresas como em instituições de pesquisa e produção de conhecimento.

Se, sob o taylorismo, os indicadores sanitários mais diretos da nocividade e exploração do trabalho estavam relacionados aos acidentes típicos e às doenças características dos efeitos das matérias e 'agentes de risco' existentes nos ambientes de trabalho onde ocorria a transformação industrial – as chamadas doenças ocupacionais –, também a ele associava-se uma maneira de compreender os agravos à saúde relacionados ao trabalho. Tal transformação era fundamentada na medicina legal e na higiene do trabalho e industrial, para as quais os riscos ocupacionais eram vistos como 'infortúnios' do trabalho, noção que aliava a fatalidade a uma certa 'suscetibilidade' individual para a ocorrência de tais agravos (Mendes, 1995).

A própria medicina do trabalho e depois a saúde ocupacional caminharam nessa trilha, ao vincularem, de modo redutor, sua visão sobre a forma de adoecer e morrer em conseqüência do trabalho aos 'agentes' patogênicos de natureza física, química, biológica dos ambientes de trabalho onde o trabalhador/hospedeiro com eles interage (Mendes, 1980). Com isso, o perfil de adoecimento encontrava-se circunscrito às doenças e acidentes ocupacionais 'puros', isto é, não se concebia que os trabalhadores adoecem e morrem de maneira semelhante ao que ocorre com a população geral e em função de sua inserção em 'processos de trabalho' que se modificam ao longo do tempo dentro do mesmo modo de produção (Lacaz, 1996).

As modificações que ocorrem nos processos de trabalho determinam formas de adoecimento e morte que devem ser analisadas historicamente para que se apreenda como as transformações do trabalho atuam na saúde/doença. É justamente a introdução da categoria processo de trabalho, como elemento explicativo central na análise das relações entre trabalho e processo saúde/doença, a grande contribuição e ruptura epistemológica que fazem a medicina social latino-americana e a saúde coletiva (Laurell, 1991; Lacaz, 1996).

Ainda sob o fordismo, o grau de automação que vai sendo imposto ao trabalho associado a mudanças importantes na forma de organização da jornada, como o regime de turnos alternantes, produz uma mudança no perfil da morbi-mortalidade que, no final dos 60, associa-se ao aumento do absenteísmo, à insatisfação no trabalho, às 'operações tartaruga' como maneiras de 'resistência' ao controle fordista – sinais do esgotamento desta forma de gestão, divisão e organização do trabalho (Frederico, 1979).

A cada vez mais clara percepção do esgotamento de um ciclo coloca ao capital a necessidade de se pensar em novas formas de gestão, divisão e organização do trabalho, o que começa a acontecer nos anos 70, inicialmente em países do capitalismo central, inspirados no modelo japonês, o qual vai constituir-se no 'novo paradigma' que reacende a discussão sobre o controle e o disciplinamento dos trabalhadores. E, frise-se, é na organização do trabalho, que implica a divisão de tarefas, delimitação das relações sociais de trabalho, que se deve buscar as restrições para a livre manifestação da 'saúde mental'.

Ocorre, porém, que entre nós, em relação à busca do padrão japonês de produção como paradigma de flexibilização produtiva, inovação na organização do trabalho, o que seria acompanhado do 'fim' da divisão do trabalho baseado no taylorismo e no relacionamento autoritário na empresa, há controvérsias (Monteiro, 1995).

Esta transição/reestruturação produtiva, que engloba a questão da qualidade, tem sido definida como um processo que compatibiliza uma série de mudanças 'organizacionais' nas relações de trabalho, implicando uma nova definição de papéis das nações e entidades do sistema financeiro para garantir a competitividade e a lucratividade nas quais as novas tecnologias têm um papel central. Origina-se no final dos anos 60 e início dos 70, quando se evidenciam os limites do sistema de acumulação baseado no taylorismo/fordismo até então hegemônicos como forma de organização do trabalho (Correa, 1997). O componente relativo à 'organização/divisão' do trabalho é o lugar dos principais elementos caracterizadores da reestruturação produtiva que traz conseqüências para a vida em sociedade. Junto com ele, importa ressaltar que aparecem 'subprodutos' ou seja: o desemprego, a ampliação do trabalho parcial, o trabalho de crianças, adolescentes e mulheres, e as questões de gênero correlatas, bem como a precarização

das relações de trabalho e dos direitos trabalhistas (Antunes, 1995; Gomez-Minayo & Meirelles, 1997).

É mister ainda ressaltar que com o aprofundamento da automação e o avanço das novas tecnologias de informática que passam a definir os níveis da produção a ser alcançada, houve uma clara sofisticação do disciplinamento, que veio acompanhado de uma dissimulação do controle, sob o manto da idéia da qualidade e da competitividade. Tais mudanças na organização do trabalho levam ao abandono relativo das idéias de tarefas e postos de trabalho, tão caras da organização taylorista/fordista. Daí decorrem os variados modos de polivalência, a articulação das atividades de operação, controle de qualidade e manutenção (Salerno, 1994).

No Brasil, tal estratégia, também uma resposta à atuação do movimento sindical no final dos anos 70 e início dos 80, o chamado 'novo sindicalismo', parece assumir um caráter de maior delegação de poderes acoplada à dissimulação do controle, representada pelos Círculos de Controle de Qualidade (CCQs) (Lacaz, 1983), à medida que o país passa a se inserir cada vez mais rapidamente no mercado internacional, conjuntura em que a competitividade está a exigir tais mudanças com vistas à melhoria da qualidade do que é produzido. Ocorre, porém, que a Gestão Participativa e os CCQs são uma certa forma de implementar aquela estratégia quando se dá por "*iniciativa* patronal é episódica e reversível (...) ocorrendo concomitantemente à *intensificação* forçada da mão de obra e da *precarização* dos contratos" (Cattani, 1997: 112) (Grifos nossos).

Não é por acaso que, no Brasil, a própria possibilidade de organização dos trabalhadores nos locais de trabalho – que deveria ser um dos pilares da busca pela qualidade do trabalho – é uma realidade muito pouco encontrada, quando não considerada indesejável ou até ilegal, dada a histórica repulsa do patronato às manifestações de independência e autonomia dos trabalhadores (Rodrigues, 1995).

A possibilidade de organização nos locais de trabalho deveria ser elemento norteador das relações de trabalho, em vista da introdução de novas tecnologias e da automação cada vez mais intensa que se observa nos setores produtivos mais modernos. Assim, é inadmissível falar-se em qualidade do produto sem tocar na qualidade dos ambientes e condições e organização de trabalho, o que seria sobremaneira auxiliado pela democratização das relações nos locais de trabalho.

Diante da falta dos elementos apontados, podemos afirmar que esta 'nova' empresa incorpora exigências contraditórias no que se refere à saúde como: maior intensidade do ritmo e maior controle e conhecimento do trabalho; polivalência; velocidade e criatividade; maior liberdade de ação, reconhecimento do trabalho e critérios de avaliação. Tal contradição expressa-se em um quadro de queixas no qual prevalecem o mal-estar difuso, como dores de cabeça e nas costas, dificuldade de dormir e cansaço que não melhora com o descanso (Monteiro, 1995).

Os estudos realizados sobre as formas de 'gestão participativa' no Brasil apontam para uma alienação 'maximizada' na medida em que se exige, além do trabalho, a afetividade ou até o inconsciente. E, quando se trata de analisar a participação dos trabalhadores *versus* poder, observa-se que ela é apenas 'consultiva', e que o poder de decisão não pertence a eles, particularmente em questões cruciais, como no caso de demissões, por exemplo (Monteiro, 1995).

Do ponto de vista sanitário, essa realidade contraditória traz consigo um novo perfil de morbi-mortalidade dos trabalhadores. Além das doenças e acidentes associados à organização taylorista/fordista, hoje, agrega-se a tendência de mudança neste perfil, na qual predominam doenças 'não' reconhecidas como do trabalho, na medida em que a organização japonesa do trabalho é o novo paradigma mundial, do qual fazem parte a informática, a automação, a polivalência, a diminuição hierárquica, o 'enxugamento' do efetivo (*downsizing*), o desemprego etc. (Antunes, 1995; Gorender, 1997).

Se, de um lado, a reestruturação exige o surgimento de um trabalhador participativo, escolarizado e polivalente, de outro, esta polivalência é vivenciada de forma ambígua, ou seja, como 'aumento' de responsabilidade, 'maior' carga de trabalho e 'menor' autonomia (Monteiro, 1995).

Em realidades históricas de capitalismo dependente, tal quadro associa-se à chamada precarização do trabalho, em que o vínculo temporário, a subcontratação promovem uma perda do poder de barganha dos trabalhadores, o que tem repercussões sobre a capacidade de negociação das condições de trabalho nos contratos coletivos (Lacaz, 1996) e leva à realização de tarefas para as quais não houve treinamento adequado, em horários prolongados e os mais variáveis, com ritmo acelerado (Monteiro, 1995).

Em busca da meta 'modernizar ou perecer', fala-se em implemento da produtividade, o que não se dá pelo aumento da produção por trabalhador em conseqüência de mudanças tecnológicas, mas sim pela 'intensificação' do trabalho reorganizado. É o que acontece, por exemplo, nas empresas que modernizam a tecnologia de certos momentos produtivos e terceirizam outros, o que provoca a perda de postos de trabalho, estratégia esta muito comum em empresas montadoras (Villegas et al., 1997).

A este respeito é valioso atentar para editorial do jornal *Folha de S. Paulo*, edição do dia 14 de novembro de 1993, cujo sugestivo título era "Produtividade e miséria" e que analisava as estatísticas então divulgadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) sobre o aumento da produtividade industrial em meio à 'redução' do emprego. Melhor explicando, o texto assinalava que, em meio ao impressionante aumento da produtividade no complexo metal mecânico e eletrônico, de cerca de 40% nos primeiros sete meses de 1993 e de 23% no período entre 1991-93 – o que seria mais um recorde mundial –, houve redução de 10% no nível de emprego, considerando-se o mesmo período. Esses exércitos de desempregados, que demandam serviços de saúde, assistência social em função de seu baixo consumo, vivendo em situação de insegurança social, constituem a outra face da propalada qualidade e competitividade modernizadora.

Em países periféricos, a coexistência de processos de trabalho arcaicos e modernos é que explica a ocorrência de um perfil híbrido, no qual os nexos de causalidade com o trabalho tornam-se mais complexos e onde nexos anteriormente não cogitados ou desvalorizados devem ser (re)colocados em pauta.

Deste panorama resulta tanto uma 'subcarga' qualitativa como uma 'sobrecarga' quantitativa psíquica, podendo ser prognosticada a permanência da heterogeneidade tecnológica, mas com certa homogeneidade desfavorável das condições de trabalho e de vida (Laurell, 1991).

Diante disso, configura-se um novo perfil patológico, constituído pela maior prevalência, na população trabalhadora, de agravos à saúde caracterizados pelas doenças crônicas, cujo nexo de causalidade com o trabalho não é mais evidente como ocorria com as doenças (e acidentes) classicamente a ele relacionadas, os chamados 'infortúnios' do trabalho. Proliferam então as doenças cardiocirculatórias, gastrocólicas,

psicossomáticas, os cânceres, a morbidade músculo-esquelética expressa nas lesões por esforços repetitivos (LERs), às quais somam-se o desgaste mental e físico patológicos e mesmo as mortes por excesso de trabalho (*karoshi*) e as doenças psicoafetivas, neurológicas ligadas ao estresse (Gorender, 1997). Seriam, tais agravos, os indicadores mais apropriados nos dias que correm para expressar o grau em que as condições, ambientes e organização do trabalho realmente estão enquadrados em padrões de qualidade do trabalho que incorporem os parâmetros aqui defendidos.

Assim, a morbi-mortalidade 'tendencial' da população trabalhadora aponta uma prevalência cada vez mais freqüente de agravos caracterizados por um mal-estar difuso (Seligmann-Silva, 1997) e por doenças que ocorrem na população geral, mas que entre os trabalhadores passam a ocorrer em faixa etária mais precoce quando comparada com a população geral.

Dados de mortalidade da região do ABC paulista para a década de 80, na faixa etária produtiva (20 a 49 anos), demonstram que tal tendência configura-se de maneira clara, conforme aponta o Quadro 2.

Quadro 2 – Principais causas de óbito, no grupo etário de 20-49 anos, nas maiores cidades do ABC. Brasil – 1980

Santo André	São Caetano do Sul	São Bernardo do Campo	Diadema
Tumores malignos	Tumores malignos	Homicídios	Homicídios
Homicídios	Doenças infecciosas, lesões traumáticas e envenenamentos	Tumores malignos	Doenças infecciosas, lesões traumáticas e envenenamentos
Doenças infecciosas, lesões traumáticas e envenenamentos	Doenças isquêmicas do coração	Acidentes com veículos a motor	Sintomas e estados mal definidos
Acidentes com veículos a motor	Acidentes com veículos a motor	Doenças isquêmicas do coração	Doenças cerebro-vasculares
Doenças isquêmicas do coração e cerebro-vasculares	Homicídios	Doenças infecciosas e cerebro-vasculares	Acidentes com veículos a motor e tumores malignos

Fonte: Departamento e Escritório Regional de Saúde de Santo André (SP)/ Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Trata-se de um perfil que expressa a importância das mortes devido às causas externas, relacionadas à violência urbana, como os 'acidentes com veículos a motor', das quais muitas não registradas são acidentes de trajeto ou mesmo acidentes-tipo, como apontaram De Lucca & Mendes (1993) para a região de Campinas. As mortes em conseqüência de tumores malignos também podem expressar a exposição a produtos químicos cancerígenos de largo uso nas indústrias químicas e petroquímicas (Wünsch Filho, 1998), bem como as mortes por doenças cardiocirculatórias estariam expressando uma organização do trabalho na qual a autonomia, a qualificação da atividade e das tarefas e a solidariedade (apoio) social estão invariavelmente ausentes (Marmot & Theorell, 1988).

A análise das principais causas de aposentadorias por invalidez previdenciária[1] para a década de 80, conforme Quadro 3, também corrobora estas assertivas.

Quadro 3 – Principais causas de aposentadoria por invalidez previdenciária. Brasil – 1985

Causa invalidante
Hipertensão arterial
Transtornos mentais
Doenças osteoarticulares
Doenças cardiovasculares
Epilepsias
Doenças infecto-contagiosas

Fonte: Medina (1986).

Diante disso, é mandatório que a discussão sobre qualidade (de vida) (d)no trabalho esteja apoiada sob uma base que leve em conta esta nova realidade na perspectiva de que indicadores sanitários mais adequados à análise desta nova realidade sejam pensados.

[1] As aposentadorias por invalidez previdenciária são aquelas em que a Previdência Social não faz relação com o trabalho, sendo enquadradas como doenças 'comuns'.

Referências Bibliográficas

ANTUNES, R. *Adeus ao Trabalho? Ensaios sobre a centralidade do trabalho.* Campinas: Ed Unicamp, 1995.

CATTANI, A. D. (Org.) *Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico*. Petrópolis/Porto Alegre: Vozes/Rd. Universidade, 1997.

CIBORRA, C. & LANZARA, G. F. (Orgs.) *Progetazzione della Nuove Tecnologie e Qualità del Lavoro.* 2.ed. Milano: Franco Angeli, 1985.

COHN, A. & MARSIGLIA, R. G. Processo e Organização do Trabalho. In: ROCHA, L. E., RIGOTTO, R. M. & BUSCHINELLI, J. T. P. (Orgs.) *Isto é Trabalho de Gente? vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo/Petrópolis: Vozes, 1994.

CORREA, M. B. Reestruturação produtiva e industrial. In: CATTANI, A. D. (Org.) *Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico.* Petrópolis/Porto Alegre: Vozes/Rd. Universidade, 1997.

DE LUCCA, S. R. & MENDES, R. Epidemiologia dos acidentes do trabalho fatais em área metropolitana da região sudeste do Brasil, 1979-1989. *Revista de Saúde Pública*, 27(3): 168-176, 1993.

DE MASI, D. (Org.) A *Emoção e a Regra: os grupos criativos na Europa de 1850 a 1950.* 3.ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1999.

FOLHA DE S. PAULO (Editorial) *Produtividade e Miséria. Folha de S. Paulo*, São Paulo, 14 nov. 1993. p. 1-2.

FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. 11.ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

FREDERICO, C. *Consciência Operária no Brasil: estudo de um grupo de trabalhadores*. 2. ed. São Paulo: Ática, 1979. (Ensaios 39).

GARDELL, B. Scandinavian research on stress in working life. *International Journal of Health Services*, 12(1): 31-41, 1982.

GOMEZ-MINAYO, C. & MEIRELLES, Z. V. Crianças e adolescentes trabalhadores: um compromisso para a saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (suppl. 2): 135-140, 1997.

GORENDER, J. Globalização, tecnologia e relações de trabalho. *Estudos Avançados*, 11(29): 311-61, 1997.

HELOANI, J. R. *Organização do Trabalho e Administração: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Cortez, 1994.

HIRATA, H. & ZARIFIAN, P. Força e fragilidade do modelo japonês. *Estudos Avançados*, 12(5): 173-85, 1991.

KARASEK, R. Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job design. *Administrative Science Quarterly*, 24: 285-308, 1979.

KARASEK, R. et al. Job decision latitude, job demands and cardiovascular disease: a prospective study of swedish men. *American Journal of Public Health*, 71: 694-705, 1981.

LACAZ, F. A. C. *Saúde no Trabalho*, 1983. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista.

LACAZ, F. A. C. *Saúde do Trabalhador: um estudo das formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*, 1996. Tese de Doutorado, São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

AURELL, A. C. Trabajo y salud: estado del conocimiento. In: FRANCO, S. et al. (Orgs.) *Debates en Medicina Social*. Quito: Opas, 1991.

LAURELL, A. C. & NORIEGA, M. *Processo de Produção e Saúde: trabalho e desgaste operário.* São Paulo: Cebes/Hucitec, 1989.

MARMOT, M. L. & THEORELL, T. Social class and cardiovascular disease: the contribution of work. *International Journal of Health Services*, 18(4): 659-74, 1988.

MENDES, R. (Org.) *Medicina do Trabalho & Doenças Profissionais.* São Paulo: Sarvier, 1980.

MENDES, R. Subsídios para um debate em torno da revisão do atual modelo de organização da saúde ocupacional no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 16(64): 7-25, 1988.

MENDES, R. (Org.) *Patologia do Trabalho*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

MONTEIRO, M. S. *Gestão Participativa no Trabalho e Saúde: um estudo de caso*, 1995. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade Estadual Paulista.

OLSEN, O. & KRISTENSEN, T. S. Impact of work environment on cardiovascular diseases in Denmark. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 45: 4-10, 1991.

ORTSMAN, O. *Mudar o Trabalho: as experiências, os métodos, as condições de experimentação social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkain, 1984.

REBOUÇAS, A. J. A. et al. *Insalubridade: morte lenta no trabalho.* São Paulo: Diesta/ Oboré, 1989.

RIBEIRO, H. P. & LACAZ, F. A. C. (Orgs.) *De que Adoecem e Morrem os Trabalhadores.* São Paulo: Imesp/Diesat, 1984.

RODRIGUES, I. J. O Sindicalismo brasileiro da confrontação à cooperação conflitiva. *São Paulo em Perspectiva*, 9(3): 116-126, 1995.

RODRIGUES, M. C. V. *Qualidade de Vida no Trabalho: evolução e análise no nível gerencial.* Fortaleza: Fundação Edson Queirós, 1991.

SALERNO, M. S. Trabalho e organização na empresa industrial integrada e flexível. In: FERRETI, C. (Org.) *Novas Tecnologias, Trabalho e Educação.* Petrópolis: Vozes, 1994.

SATO, L. *Qualidade de Vida*, 1999. (Mimeo.)

SELIGMAN-SILVA, E. Saúde mental e automação: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(suppl. 2): 95-110, 1997.

VEZINA, M. *Work-Related Psychological Disorders: alternative approaches.* Québec, 1998. (Mimeo.)

VIEIRA, D. F. V. B. *Qualidade de Vida no Trabalho dos Enfermeiros em Hospital de Ensino*, 1993. Dissertação de Mestrado, Rio Grande do Sul: Universidade Federal Rio Grande do Sul.

VILLEGAS, J. et al. Trabajo y salud en la industria maquiladora mexicana: uma tendencia dominante en el neoliberalismo dominado. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(suppl. 2): 123-134, 1997.

WÜNSCH FILHO, V. *Reestruturação Produtiva e Acidentes do Trabalho no Brasil*. São Paulo, 1998. (Mimeo.)

ZAVATTARO, H. A. A *Qualidade de Vida no Trabalho de Profissionais da Área de Informática: um estudo exploratório*, 1999. Dissertação de Mestrado em Psicologia, São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

26 Prevenindo Doenças Intencionais: uma prioridade internacional[1]

Graham S. Pearson

Introdução

A conscientização global da suscetibilidade humana, animal e vegetal às doenças está aumentando justamente quando as nações expressam o desejo de alcançar e desfrutar de melhores condições de vida.

As manchetes das notícias sobre a peste na Índia, em setembro de 1994, e do Ébola no Zaire, em abril de 1995, mostram como a propagação de doenças humanas pode se estender rapidamente por uma vasta área, se o mundo inteiro não se preocupar com isso.

No mundo animal, a Bovine Spongiform Encephalytis (BSE) causou um imenso dano à agricultura do Reino Unido, mostrando que animais e vegetais não são menos vulneráveis. Tanto as plantações, como as criações, podem sofrer perdas devastadoras. O aparecimento de uma doença infecciosa em um país de um determinado continente pode, rapidamente, no espaço de um dia, alcançar um outro, integrado pelo circuito de viagens aéreas, antes que os sinais dessa doença tenham sido reconhecidos. A eclosão de uma doença pode, compreensivelmente, levar a tentativas de fechamento de áreas e regiões nas quais apareceu, com vistas à prevenção de sua disseminação.

Por isso, foi uma dura surpresa, a Organização Mundial da Saúde (OMS) ter escolhido dedicar o seu Relatório Mundial de Saúde de 1996 ao tópico 'Lutando contra Doenças, Promovendo o Desenvolvimento'. No prefácio, Hiroshi Nakajima, diretor geral da OMS, não somente disse que "nós estamos no início de uma nova era, na qual centenas

[1] Tradução de Dith Medeiros de Mesquita.

de milhões de pessoas estarão protegidas de algumas das doenças mundiais mais terríveis", mas também que "nós estamos à beira de uma crise global de doenças infecciosas. Nenhum país está a salvo delas. Nenhum país pode ignorar por mais tempo essa ameaça".

Esta preocupação mundial sobre doenças novas e emergentes foi reconhecida na Assembléia Mundial de Saúde em maio de 1995, que aprovou uma resolução chamando a atenção do diretor geral "para estabelecer estratégias possibilitando ações nacionais e internacionais rápidas, para investigar e combater a eclosão de doenças infecciosas e epidêmicas". Esta resolução, no seu preâmbulo, resume cuidadosamente o problema como se segue:

> Ciente de que, com o aumento da população mundial, muitos são forçados a viver sob condições de aglomeração, habitação inadequada e condições precárias de higiene; que viagens internacionais mais freqüentes levam a uma rápida troca global de patógenos humanos; que mudanças na tecnologia de saúde, na produção de alimentos, bem como na sua distribuição (incluindo o comércio internacional) e manipulação criam novas oportunidades aos patógenos humanos; que as mudanças no comportamento humano expõem grandes segmentos da população global à doenças anteriormente não experimentadas; que expandindo-se as áreas de habitação humana expõem-se milhões de pessoas a patógenos enzóticos anteriormente desconhecidos como causadores de doenças humanas; e que micróbios continuam a evoluir e se adaptar ao seu meio ambiente, levando ao aparecimento de novos patógenos (...). (WHO, 1995)

Neste contexto, o que pode ser considerado como doença intencional ou calculada? O Presidente Clinton em discurso na 51ª Assembléia Geral das Nações Unidas disse: "Nós devemos proteger melhor nosso povo daqueles que usariam *a doença como arma de guerra*" (ONU, 1996) (grifos nossos). Por que ele disse isso e como a doença pode ser utilizada como arma de guerra?

O uso de doença como arma de guerra remonta à antigüidade, como por exemplo, à utilização de cobertores infectados com varíola dados de presente aos índios americanos. A utilização de doenças como arma de guerra é conhecida como guerra biológica – ataque intencional e calculado a seres humanos, animais e vegetais. A guerra biológica está incluída no Protocolo de Genebra de 1925, o qual proibiu o uso de

materiais químicos e biológicos nas situações de conflitos. O Acordo de Armas Biológicas e Tóxicas foi aberto para assinaturas em 1972 e passou a vigorar a partir de 1975, proibindo o desenvolvimento, produção, armazenamento ou aquisição de toda uma classe de armamentos.

Como os agentes biológicos (além de toxinas) se multiplicam na população-alvo, as quantidades necessárias para causar doença são muito menores do que as quantidades necessárias de agentes químicos para causar dano – somente uns poucos microorganismos biológicos já são suficientes. Conseqüentemente, as armas biológicas possuem uma área de efeito potencial significantemente maior do que as armas químicas, motivo pelo qual, o efeito potencial das armas biológicas se aproxima ao impacto causado por armas nucleares.

A Extensão do Perigo das Armas Químicas e Biológicas sob o Efeito do Vento

O vento pode aumentar para algumas centenas de quilômetros o perigo causado pelas armas biológicas, se as condições meteorológicas forem favoráveis. Como as quantidades necessárias destas são menores, quando comparadas às armas químicas, elas podem ser espalhadas pelos ventos na presença de intenção hostil. Um sistema de disseminação simples, apoiado por uma única aeronave, voando contra o vento, numa linha de cerca de 200 Km, poderia ser utilizado para atingir uma área de 200 Km de extensão e de 200 Km vento; um veículo sendo dirigido contra o vento, poderia ter uma linha de alcance mais reduzida, em torno de 50 Km, atingindo proporcionalmente uma área menor.

O Serviço de Avaliação Tecnológica do Congresso Americano, na sua avaliação (EUA, 1993a, 1993b) sobre armas de destruição de massa, mostrou que o ataque de uma única aeronave a Washington D.C., usando o bacilo do carbúnculo, poderia resultar em 1 a 3 milhões de mortes. No mesmo cenário, uma bomba de hidrogênio de um megaton causaria de 0,5 a 1,9 milhões de mortes. Tais ataques com agentes biológicos são um sério perigo ao pessoal de alvos militares, como por exemplo, as forças-tarefa navais, áreas de montagem ou mesmo alvos estratégicos.

Um efeito significativamente perigoso também pode ser produzido se estas armas forem utilizadas para atacar plantações ou

criações. Ainda que as armas biológicas não sejam consideradas totalmente confiáveis e ofereçam o risco de afetarem, inadvertidamente, as próprias forças responsáveis por sua utilização, grande potencial de destruição de tais armas foram anteriormente demonstrados em experimentos realizados tanto pela Inglaterra como pelos Estados Unidos, antes da condenação desses programas de retaliação. Assim, não resta nenhuma dúvida sobre o perigo representado por tais armas, e é por esta razão, que elas são totalmente proibidas pelo Acordo de Armas Biológicas e Tóxicas que entrou em vigor em 1975.

O que fez com que o Presidente Clinton expressasse sua preocupação às Nações Unidas duas décadas depois? As duas últimas décadas presenciaram a evolução da biotecnologia, tornando mais fácil a produção de materiais biológicos e a modificação destes, bem como o aumento de seus efeitos.

Avanços na microbiologia, engenharia genética e biotecnologia têm trazido benefícios imensos à saúde das pessoas e animais ao redor do mundo, sendo a indústria biotecnológica uma das que mais crescem, oferecendo a possibilidade de novas e aperfeiçoadas técnicas de diagnóstico, assim como a possibilidade do combate ao aumento de doenças que ameaçam a saúde e o bem-estar das pessoas e animais ao redor do mundo.

Se as doenças beneficiadas com esses avanços ocorrem na natureza, esses contra-ataques requerem uma compreensão das maneiras pelas quais tais doenças atingem o alvo populacional – e nisso reside a dificuldade em se fazer cumprir o Acordo de Armas Biológicas e Tóxicas. Tanto os agentes causadores como os métodos utilizados para produzi-los são passíveis de terem 'duplo propósito', e poderem, 'ambos', ser utilizados tanto com fins proibidos como para propósitos permitidos no intuito de promover a saúde e o bem-estar.

O Acordo de Armas Biológicas e Tóxicas foi aprovado durante uma época na qual os tratados eram geralmente documentos curtos, possui cerca de quatro páginas e não conta com nenhuma cláusula sobre verificação. Os últimos vinte anos apresentaram uma aceitabilidade internacional à inspeção local nos tratados de controles de armas – o Acordo de Armas Químicas possui um anexo detalhado sobre verificação, de cerca de cem páginas, que especifica como a inspeção no local poderá ser feita, tornando claro que é de

responsabilidade do país a ser inspecionado demonstrar aos inspetores o cumprimento do Acordo. Paralelamente ao aumento da aceitação da inspeção no local nos tratados de controle de armas, tornou-se evidente que as armas biológicas se tornaram uma opção atraente para um grande número de países, e sua proliferação aumentou nestes últimos vinte anos.

A preocupação com a não obediência ao Acordo foi ficando cada vez mais evidente durante os últimos cinco anos, primeiramente com o reconhecimento feito pelo Presidente Yeltsin de que a antiga União Soviética, apesar de ser uma co-depositária do Acordo de Armas Biológicas e Tóxicas juntamente com o Reino Unido e os Estados Unidos, continuou com um ofensivo programa de armas biológicas até 1992, cometendo assim uma infração ao Acordo durante estes vinte anos.

Em 1995, o Iraque revelou a uma Comissão Especial das Nações Unidas (Unscom) que, apesar de ser um signatário do Acordo de Armas Biológicas e Tóxicas, manteve um programa de armas biológicas significativo, envolvendo a inclusão de material biológico nas bombas aéreas e mísseis de Saddam Hussein durante a Guerra do Golfo em 1991.

Também tornou-se evidente, com a utilização do sarin no ataque ao metrô de Tóquio em março de 1995, que existe um perigo real de materiais biológicos e químicos serem utilizados com propósitos terroristas –, e isso levou os dirigentes dos países integrantes do G7, no encontro de 27 de junho de 1996, realizado em Lion, na França, a estabelecer na Declaração sobre Terrorismo (United Nations General Assembly, 1996) que "atenção especial deveria ser dada a ameaça da utilização de materiais nucleares, biológicos e químicos, bem como de substâncias tóxicas, com propósitos terroristas".

A última década assistiu a uma mudança do posicionamento bipolar das superpotências estabelecida durante a era da Guerra Fria para a emergência de conflitos regionais e o desmoronamento de economias ao redor do mundo. O uso proposital e deliberado de doenças – contra seres humanos, animais e plantas – pode tornar-se uma opção possível, se nós não tomarmos uma atitude para torná-lo não atraente, especialmente a países menores, cujas capacidades militares são limitadas. A oportunidade para se fazer isso é agora, com benefícios, não

só para a segurança nacional, regional e internacional, mas também com benefícios para o comércio e a prosperidade internacional. Todos nós precisamos nos sintonizar com esse problema crescente e fazer o que pudermos para reduzir seu atrativo.

Os microorganismos que causam doença estão largamente presentes no meio ambiente natural. Sendo assim, para alcançarmos um mundo mais seguro, saudável e próspero, é necessário levar em consideração todas as pequenas partes que podem contribuir para se iniciar e gerenciar a utilização da doença na guerra, tanto a doença natural como a intencional.

Examinarei alguns tópicos que podem contribuir, conjuntamente, para alcançar um mundo melhor.

Vigilância e Notificação de Doenças

Existem planos regionais, nacionais e internacionais para a vigilância e notificação da ocorrência de doenças em humanos, animais ou vegetais, visto que é amplamente reconhecido que tal vigilância é essencial para detectar o aparecimento de tais doenças, quaisquer que sejam as causas, possibilitando, assim, ao país tomar medidas apropriadas para contê-las e contra-atacá-las (Wheelis, 1999; Dalen, 1999).

Para o caso das doenças humanas, a OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) possuem dispositivos para um rápido levantamento e disseminação de informações, baseado na coleta de dados. Para doenças animais, a OIE (Repartição Internacional de Epizootia) tem procedimentos para fazer uma rápida notificação da eclosão de doenças, ao passo que, para doenças vegetais, o Acordo Internacional de Proteção às Plantas (IPPC) constitui um tratado multilateral cujo propósito é assegurar uma ação comum e eficaz para prevenir a disseminação e a introdução de pragas e produtos, promovendo assim medidas para o seu controle. O Acordo tem a chancela do Diretor Geral da Food and Agriculture Organization (FAO) das Nações Unidas desde sua adoção na Conferência de 1951. É certo que a confiança internacional deverá crescer se os Estados tiverem a garantia de que o aparecimento de doenças em humanos, animais e plantas será rapidamente identificado e notificado.

Convenção sobre Diversidade Biológica

A ECO 92, realizada no Rio de Janeiro em junho de 1992, acordou uma série de medidas planejadas de modo a alcançar um desenvolvimento sustentável protegendo, ao mesmo tempo, o meio ambiente. Estas medidas, que possuem um forte comprometimento com o gerenciamento biotecnológico do meio ambiente, cobrem cinco tópicos: aumentar a disponibilidade de alimentos, ração e materiais renováveis; melhorar a saúde humana; fortalecer a proteção ao meio ambiente; fortalecer a segurança e desenvolver mecanismos internacionais de cooperação; e, finalmente, estabelecer medidas que permitam o desenvolvimento e a aplicação segura da biotecnologia no meio ambiente. Especialmente no penúltimo tópico, é reconhecida a necessidade de desenvolvimentos futuros das resoluções internacionais estabelecidas sobre os riscos de avaliação e gerenciamento de todos os aspectos da biotecnologia. O documento, aprovado no Rio, diz que

> somente quando adequados e transparentes procedimentos de segurança e controle de fronteiras forem estabelecidos, a comunidade, na sua maioria, estará em melhor situação para aceitar os benefícios e os riscos potenciais da biotecnologia.

A Convenção sobre Diversidade Biológica (CBD) foi aberta para assinaturas na ECO 92, e passou a vigorar em dezembro de 1993; até 15 de janeiro de 1999 congregava 175 países participantes, sendo as duas notáveis exceções os Estados Unidos e a Coréia do Norte. Um dos artigos do Acordo trata explicitamente da distribuição internacional dos benefícios da biotecnologia e inclui considerações sobre sua segurança e sobre os aspectos de transferência. O Artigo estabelece que:

> Os países participantes devem considerar a necessidade e as modalidades de disposições protocolares para estabelecer procedimentos apropriados, incluindo, particularmente, um acordo informativo avançado, no campo da transferencia segura, manipulação e utilização de qualquer organismo vivo modificado resultante da biotecnologia que pode apresentar efeitos adversos na conservação e na utilização sustentável da diversidade biológica.

O grupo que trabalha com a biossegurança se encontrou pela primeira vez em julho de 1996 e, desde então, tem se reunido para

desenvolver o esboço do protocolo que foi desenvolvido mais adiante. Esforços continuam sendo necessários para alcançar concordância quanto ao Protocolo de Biossegurança.

Os procedimentos internacionais de biossegurança do United Nations of Envirommental Protocol (Unep) foram aprovados em um encontro de peritos governamentais, realizado no Cairo em dezembro de 1995, e subseqüentemente editado pela instituição. Desde então, este documento tem sido aprimorado em outros encontros realizados no Zimbabwe, Costa Rica, Tailândia, Hungria, bem como em Cartagena-Colômbia e Budapeste.

Controles Regionais, Nacionais e Internacionais para Manipulação, Armazenamento e Transferência de Patógenos Perigosos

Muitos países adotaram controles nacionais para a manipulação, o armazenamento e a transferência de patógenos perigosos para salvaguardar a saúde e a segurança, tanto daqueles que trabalham com tais patógenos como no âmbito da saúde pública e do meio ambiente.

Cada vez mais, tais regulamentos estão sendo ampliados para cobrir, também, organismos geneticamente modificados e seu uso, tanto os encontrados no meio ambiente como aqueles que nele são liberados. Tais controles nacionais estão sendo cada vez mais articulados, tanto no âmbito regional como no internacional, visto que os patógenos perigosos não conhecem fronteiras (Pearson, 1998a, 1998b).

Harmonização Internacional das Boas Práticas de Manipulação

Existe um reconhecimento crescente, muito difundido, de que produtos químicos, drogas farmacêuticas e materiais biológicos destinados ao uso humano ou animal não devem causar dano ao meio ambiente ou à saúde pública. Isto leva a exigências e requisitos para sua produção e para se conseguir a realização de vários testes de forma segura. Novamente, isto é baseado em exigências nacionais, as quais vêm sendo cada vez mais articuladas, regional e internacionalmente (Pearson, 1998c).

Protocolo de Fortalecimento do Acordo de Armas Biológicas e Tóxicas

A guerra biológica – utilização de doenças como arma contra humanos, animais e vegetais – foi a primeira classe de armamentos a ser completamente banida pelo Acordo de Armas Biológicas e Tóxicas de 1971. O alcance desse Acordo, que começou a vigorar em 1975 e em julho de 1999, apresentava 143 países participantes e 18 signatários, sendo muito extenso. Os países signatários se comprometem a não desenvolver, produzir, armazenar, adquirir ou manter micróbios ou outros agentes biológicos, ou toxinas, quaisquer que sejam suas origens ou métodos de produção, "de tipos e em quantidades que não sejam justificadas para propósitos profiláticos, de proteção ou de qualquer caráter pacifista".

Sucessivas Conferências de Revisão do Acordo reafirmaram que estão proibidos

> todos os avanços científicos e tecnológicos relevantes tanto no campo da microbiologia, biotecnologia, biologia molecular, engenharia genética e quaisquer aplicações resultantes de estudos genoma, bem como suas possibilidades de utilização para propósitos incompatíveis com os objetivos e cláusulas estabelecidas pelo Acordo.

Entretanto, o Acordo de Armas Biológicas e Tóxicas não possui medidas para a verificação eficaz e para o monitoramento da obediência. Embora as medidas políticas estivessem acordadas em 1986 e renovadas em 1991, somente um pouco mais da metade dos 143 países participantes do Acordo fizeram, a propósito, uma única declaração isolada, e só aproximadamente uma dúzia de países participantes fizeram a declaração anual acordada, que variaram significativamente em qualidade. O Acordo carece, por conseguinte, de poder para tornar efetivas suas proibições.

De todas as armas de destruição de massa, as biológicas, nos dias atuais, são as que representam o maior perigo, visto que o regimento que as proíbe é o mais fraco e as armas envolvidas ainda são as mais fáceis de serem conseguidas, conquanto seus efeitos possam ser comparados aos das armas nucleares.

Foi a conscientização deste problema que levou a Conferência de Revisão de 1991 a estabelecer um grupo de peritos governamentais

para examinar os aspectos científicos e técnicos de possíveis medidas de verificação. Em 1993, o relatório deste grupo, conhecido como Verex (Verification Report of Experts), levou à criação de um novo Grupo *Ad Hoc* (AHG) para esboçar possíveis propostas de verificação, com o objetivo de fortalecer o Acordo, que incluiria 'como adequado' um instrumento de controle legal.

Este grupo, desde então, produziu um texto provisório do Protocolo, que atualmente compreende 23 artigos e 8 anexos. O esboço contém todos os elementos para a criação de um regimento efetivo, incluindo declarações obrigatórias, visitas 'não provocativas' (tanto amostrais como localizadas) das instalações declaradas e do cumprimento relativo às investigações (tanto de instalações como de campo).

Adicionalmente, as disposições do AHG também exigem, entre outras coisas, considerações sobre medidas específicas destinadas a assegurar a efetividade e a implantação total do artigo do Acordo de Armas Biológicas e Tóxicas, sendo que os países signatários se comprometem a facilitar – e têm o direito de participar de – possíveis trocas de equipamentos, material, informação tecnológica e científica para o uso de agentes bacteriológicos (biológicos) e toxinas com propósitos pacifistas.

As negociações do AHG estão próximas da conclusão do Protocolo que irá fortalecer a efetividade do Acordo de Armas Biológicas e Tóxicas e, dessa maneira, assegurar que doenças intencionais sejam realmente prevenidas.

Conclusão

Todas as iniciativas regionais, nacionais e internacionais, em conjunto, irão contribuir para um mundo mais seguro, saudável e próspero. Todos nós precisamos fazer tudo o que for possível para assegurar que doenças, intencionais ou calculadas, sejam prevenidas para, desse modo, conseguir fortalecer o Acordo. Tal protocolo pode estar sendo concluído durante o próximo ano dada a boa vontade política existente. Nós devemos estimular o resultado satisfatório das negociações, visto que isso irá beneficiar a todos.

Referências Bibliográficas

DALEN, P. V. *Outbreaks of Disease: current European reporting*. Briefing Paper n. 24, University of Bradford, sept. 1999. Disponível em <http://www.brad.ac.uk/acad/sbtwc>.

PEARSON, G. S. *Article X: some building blocks*. Briefing Paper n. 6, University of Bradford, mar. 1998a.

PEARSON, G. S. *Article X: further building blocks*. Briefing Paper n. 7, University of Bradford, mar. 1998b.

PEARSON, G. S. *Article X: pharmaceutical building blocks*. Briefing Paper n. 8, University of Bradford, jul. 1998c.

THE WHITE HOUSE. Remarks by the President in address to the 51st General Assembly of the United Nations, 24 sept. 1996.

UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY. Security Council. Letter dated 5 july 1996, from the Permanent Representative of France to the United Nations adressed to the Secretary-General, A/51/208, S/1996/543, 12 july 1996. Annex V: Declaration on Terrorism, Lyon, 27 jun. 1996.

UNITED STATES CONGRESS. Office of Technology Assessment, *Proliferation of Mass Destruction: assessing the risks*. OTA-ISC-559, S/N 052-003-01335-5, 5 ago. 1993a.

UNITED STATES CONGRESS. *Technologies Underlying Weapons of Mass Destruction*. Background Paper. OTA-BP-ISC-115, S/N 052-003-01361-4, dec. 1993b.

WHEELIS, M. *Outbreaks of Disease: current official reporting*. Briefing Paper n.. 21. University of Bradford, apr. 1999. Disponível em: <http://222.brad.ac.uk/acad/sbtwc>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 48th World Health Assembly. *Communicable diseases prevention and control: new, emerging and re-emerging infectious diseases*. Resolution WHA 48.13, 12 may 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Health Report 1996: fighting disease, fostering development*, ISBN 92 4 156182 3, Geneva, 1996.